

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS

TÍTULO

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD ORAL, SOBRE EL
RECuento BACTERIANO EN MADRES DE NIÑOS DE 6-12 MESES DE EDAD
EN EL C.S. TAMBURCO, APURIMAC, 2018**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORES

SONIA MARY FALCON CHUMPISUCA

JANETH ZULOAGA PANDO

ASESOR

Esp.CD. Orlando Fred BATALLANOS BARRIONUEVO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

ODONTOPEDIATRÍA - Apurímac - 2018

TESIS

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD ORAL, SOBRE EL
RECuento BACTERIANO EN MADRES DE NIÑOS DE 6-12 MESES DE EDAD
EN EL C.S. TAMBURCO, APURIMAC, 2018**

ASESOR

Esp.CD. Orlando Fred BATALLANOS BARRIONUEVO

DEDICATORIA:

A Dios, por su infinito amor y bondad, por guiarnos con su luz hacia un camino que nos permite llegar hasta este punto, con salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros Padres, por su apoyo incondicional desde siempre, por inculcarnos valores, y por ser la motivación constante en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Tecnológica de los Andes, por brindarnos la oportunidad de ser grandes profesionales, mediante un desarrollo académico profesional de alto nivel, permitiéndonos ser el orgullo de nuestras familias.

A nuestros padres por ser un ejemplo de perseverancia y lucha, y a todas las demás personas que contribuyeron y nos acompañaron a lo largo de nuestra formación como profesionales.

Un agradecimiento sincero a nuestro asesor Esp.CD. Orlando Fred BATALLANOS BARRIONUEVO y a nuestras docentes revisoras de tesis, que en todo momento nos brindaron su ayuda desinteresada, guiando, incentivando y demostrando invaluable colaboración en el desarrollo de la tesis

A nuestros amigos(as) por brindarnos su amistad incondicional y apoyo moral, incentivándonos a mejorar día tras día.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron durante el desarrollo de la investigación.

Gracias

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Realidad problemática.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	2
1.2.1 Formulación de problemas.....	3
1.2.2 Problema General.....	3
1.2.3 Problemas específicos.....	3
1.3 Justificación de la investigación.....	4
1.4 Objetivos de la investigación.....	5
1.5 Limitaciones.....	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación.....	7
2.1.1 A nivel internacional.....	7
2.1.2 A nivel nacional.....	8
2.2 Bases teóricas (en relación a las variables).....	10
2.3 Marco conceptual.....	35
2.4 Definición de términos básicos.....	36

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Hipótesis.....	38
3.1.1 Hipótesis general.....	38
3.1.2 Hipótesis específicas.....	38
3.2 Método.....	39
3.3 Tipo de investigación.....	39

3.4	Nivel o alcance de investigación.....	39
3.5	Diseño de investigación.....	39
3.6	Operacionalización de variables.....	40
3.7	Población, muestra y muestreo.....	42
3.8	Técnicas e instrumentos.....	43
3.9	Consideraciones éticas.....	50
3.10	Procesamiento de datos.....	50

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1	Discusiones	62
4.2	Conclusiones.....	65
4.3	Recomendaciones.....	67

CAPÍTULO V

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1	Cronograma de actividades.....	68
5.2	Presupuesto.....	69
6.	Referencias bibliográficas.....	70
7.	Anexos.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01 UNIVARIADA: <i>Descripción univariada de las covariables de estudio.....</i>	55
TABLA 02.- <i>Recuento de colonias streptococcus mutans antes y después del programa educativo.....</i>	56
TABLA 03.- <i>Efectividad del programa educativo en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa.....</i>	57
TABLA 04.- <i>Identificación y recuento de colonias de streptococcus mutans en el grupo control y experimental.....</i>	59
TABLA 05.- <i>Diferencia estadísticamente significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo experimental y grupo control con media, desviación estándar y media de error estándar</i>	60
TABLA 06.- <i>Diferencia estadísticamente significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo experimental y grupo control.....</i>	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01.- <i>Recuento de colonias streptococcus mutans antes y después del programa educativo.....</i>	56
GRÁFICO 02.- <i>Efectividad del programa educativo en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa.....</i>	58
GRÁFICO 03.- <i>Identificación y recuento de colonias de streptococcus mutans en el grupo control y experimental.....</i>	59
GRÁFICO 04.- <i>Diferencia estadísticamente significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo experimental y grupo control.....</i>	61

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar la efectividad de un programa educativo en Salud Oral en madres de niños de 06-12 meses de edad. Materiales y Métodos: es un estudio de tipo cuantitativo, de nivel de explicativo con un diseño de tipo experimental- cuasi experimental. La población estuvo conformada por 15 madres de niños de 6-12 meses de edad del Centro de Salud de Tamburco-Abancay. La muestra fue conformada por el total de la población de madres, el muestreo utilizado fue el no probabilístico, el de conveniencia cumpliendo con los criterios de selección por las investigadoras. El experimento consistió en la aplicación del programa a través de sesiones didácticas en los siguientes temas. Conocimientos en medidas preventivas, desarrollo dental, enfermedades bucales y cepillado dental solo en el grupo experimental (08), el grupo control (07) no conto con las sesiones didácticas. Se les realizo un pre y post- test, realizada esta acción se procedió a la toma de muestra microbiológica para la cuantificación de las bacterias. Resultados. Del total del grupo experimental el 90 % respondió de forma correcta y el análisis microbiológico disminuyo después de la aplicación del programa en salud oral. Las madres obtuvieron \leq a 1000.000 UFC/mm después de la aplicación del programa. Se recomienda la aplicación de este programa para las madres y así evitar la contaminación cruzada entre el binomio madre-niño.

Palabras clave: streptococcus mutans, programa preventivo en madres.

ABSTRACT

The objective of this research work is to determine the effectiveness of an educational program in Oral Health in mothers of children from 06-12 months of age. Materials and Methods: it is a quantitative type study, of explanatory level with an experimental-quasi-experimental design. The population consisted of 15 mothers of children 6-12 months of age from the Health Center of Tamburco-Abancay. The sample was made up of the total population of mothers, the sample used was the non-probabilistic one, the sample of convenience fulfilling the selection criteria by the researchers. The experiment consisted in the application of the program through didactic sessions on the following topics. Knowledge preventive measures, dental development, oral diseases and tooth brushing only in the group experienced (08) 1, the control group (07) did not count with teaching sessions. A pre- and post-test was performed, and after this action, microbiological samples were taken to quantify the bacteria. Results Of the total experimental group, 90% responded correctly and the microbiological analysis decreased after the application of the oral health program. Mothers obtained $\leq 1000,000$ CFU / mm after application of the program. It is recommended the application of this program for mothers and thus avoid cross contamination between the mother-child binomial.

Key words: streptococcus mutans, preventive program in mothers.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La orientación preventiva; tuvo desde un inicio por objeto crear una cultura de bienestar del binomio madre-niño, así como la conservación de estructuras orales biológica y funcional, de manera óptima.

La educación e instrucción acerca de los temas de prevención, higienización, técnicas de cepillado, conocimiento de las estructuras orales; tienen diferentes enfoques. Sin embargo, a pesar de ser una obra importante, su éxito se basa en la capacidad de llegar a concientizar vía una adecuada educación e instrucción a la madre acerca del cuidado del bebé, a fin de sacar el máximo provecho y beneficios, teniendo en cuenta para ello las diversas formas de uso y empleo de técnicas educativas, con el objeto de cumplir el objetivo propuesto.

Actualmente no existe un protocolo de uso, racionalización y efectividad con respecto al empleo de estos medios, siendo en este caso el problema, el estandarizar y verificar la efectividad de cada uno de estos métodos, determinando la mejor manera de hacer llegar este conocimiento.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La globalización exige poner en práctica protocolos actualizados y validados internacionalmente con mayor grado de eficiencia y compromiso al realizar una investigación.

Los antecedentes científicos sobre la relación que existe entre el riesgo de caries en madres de niños de 6 a 12 meses y el nivel de *Streptococcus mutans*, manifiestan que este último tiene relación directa con el desarrollo de caries dental en ellas. La presente investigación, plantea utilizar un programa educativo estandarizado, para concientizar a la familia odontológica sobre este problema de afección significativa a niños de 6 a 12 meses en todo el mundo.

Sobre este contexto, el estudio plantea determinar el recuento bacteriano en madres de 6 a 12 meses y su relación con los niveles de *Streptococcus mutans* en sus hijos, atendidos en el programa educativo del Centro de Salud Tamburco; y con los resultados obtenidos proponer un plan viable, preventivo y eficaz, a ser desarrollado en el futuro; es decir, la evaluación del riesgo anticipado y la consecuente aplicación de prácticas odontológicas de mínima intervención en pro de la buena salud bucal del niño.

1.2.1 FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

1.2.2 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál será la efectividad del programa educativo en salud oral sobre el recuento bacteriano en madres de niños de 6-12 meses de edad en el Centro de Salud Tamburco, 2018?

1.2.3 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1.- ¿Cuál será la efectividad del programa educativo sobre medidas preventivas en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018?

2.- ¿Cuál será la efectividad del programa educativo sobre enfermedades bucales en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018?

3.- ¿Cuál será la efectividad del programa educativo sobre desarrollo dental en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018?

4.- ¿Cuál será la cantidad de streptococcus mutans en el grupo de control y experimental en madres de niños de 6-12 meses de edad después de la aplicación del programa educativo del centro de salud Tamburco, 2018?

5.- ¿Existirá diferencia significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo control y experimental en madres de niños de 6-12 meses de edad post programa educativo del centro de salud de Tamburco, 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Realizamos este estudio porque consideramos importante que la madre conozca las distintas formas de prevención, ya que de ella va a depender el cuidado y protección de los dientes del bebé desde temprana edad para dar una mejor calidad de vida.

La intervención educativa en salud bucal es de mucha utilidad ya que ayudará a desarrollar, mejorar los conocimientos y los hábitos puestos en práctica hasta ese momento.

Teniendo en cuenta que las madres son las responsables en la educación y formación de hábitos, es importante que conozcan las distintas técnicas de cuidado en salud bucal; sin embargo, algunas veces no cuentan con información adecuada y oportuna.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad del programa educativo en salud oral sobre el recuento bacteriano en madres de niños de 6-12 meses de edad en el Centro de Salud Tamburco, 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar** la efectividad del programa educativo sobre medidas preventivas en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018.
- 2.- Determinar** la efectividad del programa educativo sobre enfermedades bucales en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018.
- 3.- Determinar** la efectividad del programa educativo sobre desarrollo dental en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018.
- 4.- Identificar** la cantidad de streptococcus mutans en el grupo de control y experimental en madres de niños de 6-12 meses de edad después de la aplicación del programa educativo del centro de salud Tamburco, 2018.
- 5.- Determinar** si existe diferencia significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo control y experimental en madres de niños de 6-12 meses de edad post programa educativo del centro de salud de Tamburco, 2018.

1.5. LIMITACIONES

- El tiempo para disponer del grupo a ser estudiado, pues la mayoría de las veces se presentan en las charlas con sus bebés, lo que terminando creando un ambiente de ansiedad, durante el tiempo que se toma el muestreo.
- Falta de tiempo de las madres.
- Incomodidad por tener al bebé en brazo.

1.6. Delimitación de la investigación

La población a estudiar fueron las madres de bebés de 6 a 12 meses de edad del centro de salud Tamburco de la ciudad de Abancay, 2018.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Teanpaisan R, Chaethong W, Piwat S, Thitasomakul S, en el 2012 Hat Yai Tailandia, realizaron un estudio con el propósito de investigar la transmisión vertical de streptococcus mutans y lactobacilos en un grupo familias tailandesas. En este estudio se incluyeron ciento ochenta y un parejas de madre – hijo. Sin estimular la saliva se recolecto mediante el método de la espátula y contado para evaluar la cantidad de streptococcus mutans y lactobacillus en un medio selectivo. Encontrando que la fuente de transmisión de streptococcus mutan y cepas de lactobacillus pueden ser las madres para sus hijos.¹

Zhou Y, Yang JY, Lo EC, Lin HC, en el 2012 Guangzgou China, estudiaron los factores determinantes del curso de vida a caries de la primera infancia en un estudio de cohortes de 2 años. La información se recogió de un total de 225 niños de 8 meses. Al inicia del estudio y una vez cada 6 meses. El cuestionario fue diseñado para recopilar información socioeconómica y de comportamiento. La caries dental se registró por la superficie y la higiene bucal se evaluó utilizando el índice de placa visible. La presencia de streptococcus mutans en la placa dental se determinó mediante pruebas microbiológicas. Concluyendo en la existencia de una relación entre los factores socioeconómicos, conductuales y biológicos.²

Carletto-Korber FP, Golzales- Ittig R E, Jimenez M G, Cornejo L S, en el 2010 Córdoba Argentina, investigaron la transmisión y la identidad genética de cepas de streptococcus mutans en pares de Madres - Hijo de la provincia de Córdoba,

Argentina; con el fin de establecer si la madre era la principal fuente de infección del niño. Se analizaron 17 pares madre – hijo, con muestras de placa dental y saliva no estimulada cuando cada niño 8 meses de edad y concluyeron, de acuerdo a los resultados obtenidos estadísticamente, que las madres son una importante fuente de infección para sus hijos a una edad temprana. ³

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

LLODRA C. (2013), Prevención e intervención temprana no están disponibles para muchos bebés y niños pequeños, en particular los de las poblaciones vulnerables. Profesionales de la salud que atienden a bebés y niños pequeños están en una posición excelente para prevenir problemas de salud oral que se produzcan, para identificar problemas en una etapa temprana, y para ayudar a las familias a localizar servicios de salud oral.

Muchos de los problemas de salud oral se pueden evitar si los padres toman el buen cuidado de las encías y los dientes de su bebé o niño, optimizar la exposición al fluoruro tópico y sistémico, y eliminar la exposición prolongada a los hidratos de carbono simples. Profesionales de la salud pueden promover la salud bucal de los bebés y niños por aprender acerca del desarrollo oral, enfermedad bucal, higiene bucal, fluoruro, nutrición y prevención de lesiones y la violencia y mediante el intercambio de información con los padres y trabajar en colaboración con los profesionales de la salud oral.⁴

PANDURO DEL CASTILLO (2015) La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del programa integral de estimulación temprana con base en la familia.

Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. Entre los hallazgos más importantes se

encontró lo siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia de la zona Bagazán - Distrito de Belén. ⁵

MUÑOZ-CABRERA Y COL (2015) El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de la técnica educativa desarrollo de habilidades para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Las madres fueron asignadas al grupo experimental y control en forma aleatoria. Se evaluó la higiene oral de sus hijos preescolares al inicio, a los 30 días y a los 60 días, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. Al inicio la media del nivel de conocimientos de salud oral fue de 6,57 para el grupo experimental y de 6,55 para el grupo control.

Después de la intervención la media del grupo experimental fue de 11,88 y del grupo control 8,48, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En lo que se refiere a la higiene oral, las medias del índice al inicio, 30 y 60 días fueron en el grupo experimental 2,51; 1,14 y 0,73 mientras que para el grupo control fueron 2,51; 2,02 y 1,69 respectivamente.

La técnica desarrollo de habilidades demostró ser más eficaz en el aumento del nivel de conocimientos de salud oral de madres y en la disminución del índice de higiene oral de preescolares. ⁶

2.2 BASES TEÓRICAS

Como base teórica científica en la cual se sustenta nuestra investigación hemos considerado necesario rescatar lo siguiente:

Higiene bucal

Conocimiento

En la bibliografía existente podemos hallar incalculables definiciones acerca del conocimiento, pese a ser algo inherente al ser humano, no se conoce con exactitud lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La real Academia Española - RAE define conocer, como el proceso de indagar mediante el uso de las facultades intelectuales la naturaleza, las cualidades y relaciones entre las cosas; por lo que podemos afirmar e que conocer es enfrentar la realidad. ⁷

Conocimiento sobre salud bucal

Es el entendimiento que conlleva al aprendizaje acerca de los conocimientos básicos sobre fisiología de la boca, su anatomía, enfermedad periodontal y otras de mayor prevalencia y maloclusiones; incluyendo a los aspectos preventivos, siendo estos últimos los más trascendentes. ^{7, 8}

Prevención para salud bucal

Desde el año 1984, cuando se realizó la asamblea de la Organización Mundial de la Salud en San José - Costa Rica, se considera que la salud bucal es un componente de atención primaria. En ese momento no se tenía un concepto preciso salud bucal ni de sus componentes metodológicos cuando se llevaban a cabo programas de salud, por lo que “se enumeraron las actividades que permitirían sustentar y planificar la atención primaria de

salud bucal y los aspectos fundamentales que abarcarían la educación, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación”.⁹

Programa de odontología para bebés

Desde varias décadas atrás, los autores comenzaron a señalar la necesidad de iniciar tempranamente la atención odontológica en bebés, incluso desde su nacimiento. Es cuando, en 1983 la odontología para bebés inicia con la elaboración del proyecto: Plan de atención odontológica en el primer año de vida, desarrollado por docentes de la Universidad Estatal de Londrina-Brasil. Tres años más tarde en 1986, el programa de atención para el bebé en la UEL se inaugura en la Clínica del bebé.

La odontología aplicada a bebés se crea para brindar atención odontológica en niños desde el nacimiento hasta los 3 años de esas, y que tiene se establece con el principio primordial de que “La educación crea prevención”.

En el Perú, esta rama de la odontología nace a inicios de 1989, cuando se establece en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú el programa piloto de atención odontológica desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, desde entonces los programas de atención para bebés han tenido favorables resultados.¹⁰

Educación para la prevención de la caries dental y la salud bucal del bebé

La caries es, a la actualidad, la enfermedad bucodental crónica con más prevalencia en los humanos, por lo cual, se han creado muchas medidas preventivas con el propósito de detener o por fin a esta enfermedad.

Esta enfermedad multifactorial e infectocontagiosa, es originada por bacterias que se ubican en la estructura dental provocando reblandecimiento y formando una cavidad, que ocasiona dolor y termina provocando pérdida dental.

Durante la primera infancia, la caries dental se manifiesta de forma agresiva y rápida provocando destrucción completa de la corona dental, hecho que a futuro provoca complicaciones en el desarrollo y crecimiento de aquellos que lo padecen.

Con el objetivo de lograr una prevención eficaz de caries en bebés, esta rama se torna en el supuesto que “la educación genera prevención”, lo que quiere decir que una persona educada o con mayor conocimiento de algo tiende a ser más cuidadosa, esta educación claro está, no se puede brindar a los bebés, siendo las madres las responsables de poner en práctica lo aprendido, incluso desde antes del nacimiento del bebé.

Organización Mundial de la Salud define a la Educación para la Salud como una actividad educativa creada para incrementar el conocimiento en la población respecto a la Salud, y además, desarrollar habilidades personales y valores que conlleven a la Salud, por lo que se concluye que para alcanzar Salud bucal en el bebé es indispensable prevenir enfermedades, a través de la educación.¹¹

Enfermedades e higiene bucal

Las causas de las enfermedades bucodentales más frecuentes son debido a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental, incluyendo procesos infecciosos a causa de enfermedades periodontales como periodontitis o gingivitis.¹²

No existe mejor método de prevención que una adecuada higiene bucodental, incluyendo a las revisiones constantes. Así mismo, es primordial el control de la ingesta de ciertos alimentos con alto potencial cariogénico, por estar compuesto por alta cantidad de azúcares como la sacarosa o la glucosa.

La correcta higiene bucodental está ligada directamente a la adopción de hábitos como el cepillado dental, el empleo de enjuagues y el hilo dental, profilaxis en consultorio dental y

visitas eventuales al odontólogo; gracias a estas prácticas las enfermedades bucodentales se pueden prevenir junto al dolor innecesario que éstas acarrearán.^{12, 13}

Asesoramiento prenatal sobre salud bucal

La educación para la salud es el objetivo primordial, ya que todos los conocimientos de los padres acerca de temas de salud pueden cambiar el futuro de sus hijos. Incluso antes del nacimiento del bebé, los padres deberían recibir asesoría no solo del ginecólogo, si no también de odontólogos y odontopediatras. Transferir conocimientos acerca de correctos hábitos de higiene contribuye a la salud bucal de sus hijos durante toda la vida de estos. El asesoramiento prenatal es sumamente efectivo, debido a que en esta etapa las madres son más receptivas a la información relacionada a la salud de sus bebés, evitando el surgimiento de trastornos.

Así como también, es relevante la información acerca de la dieta durante la gestación, incluyendo suministro de medicamentos, la ingesta de alcohol y, por supuesto, la necesidad de una supervisión odontológica y tratamientos dentales durante este periodo.¹²

Higiene del lactante

Es primordial que la madre reciba asesoramiento sobre la correcta práctica de la limpieza dental que debe practicarle a su bebé, generando que ella se sienta motivada y que este más vigilante a la erupción de los dientes primarios de su bebé, adquiriendo así el hábito de practicar la limpieza y acortar la relación madre - hijo, relación que quizás podría quebrantarse cuando se realice el destete, ocasionando daño psicológico a ambos, por otro lado el fortalecer esta relación, se crea una súper vigilancia del estado de salud bucal del bebé.

Se recomienda realizar esta limpieza con el empleo de una gasa húmeda con agua, limpiando cuidadosamente los rebordes alveolares, la lengua y la mucosa bucal, al

momento de finalizar cada acción de lactar. De igual manera, se debe limpiar la cavidad bucal del bebé después de suministrarle medicamentos, como jarabes, que se caracterizan por su alto contenido en azúcar.¹²

E inaceptable, que la madre practique costumbres como limpiar el chupón del bebe con la boca de la madre, ingerirlos alimentos con los utensilios del niño o peor aún, darle besos en la boca. Con la erupción del primer diente se debe iniciar con el cepillado dental, con cepillos especiales para esa edad.¹²

Higiene bucal del bebé de 0 a 6 meses

- Previo al brote de la dentición primaria, con el empleo de un paño de gasa humedecido con agua hervida fría o tibia se debe realizar la limpieza de las encías, después de cada lactancia; así mismo se debe estimular a las madres reforzar la higiene bucal de su hijo, mezclando al menos una vez al día 3 partes de agua hervida y 1 parte de agua oxigenada de 10 volúmenes.¹³
- Cuando al bebe le brota el primer diente, la madre debe realizar la higiene bucal cepillando con los dientes del menor, en caso de no contar con este, se puede continuar usando diariamente gasas con agua hervida tibia o fría, únicamente hasta que le salgan los molares; después de esto será indispensable el empleo del cepillo dental.¹⁰
- Es imprescindible que se le practique higiene bucal al bebe antes de que este duerma.
- Al menos cepillar los dientes del bebe tres veces al día o después de que este consuma cada alimento.¹³
- Cuando él bebe cumpla su primer año de edad, se debe incluir el hilo dental, en su limpieza dental por lo menos en la noche, especialmente en niños que no tengan diastemas o comúnmente conocidos como espacios interdentes.¹³

- Los padres o aquellos responsables de su cuidado, deben supervisar la higiene bucal del niño, ya que desde los 3 y 4 años de edad el niño tiene un grado de desarrollo psicomotor que le permite por sí solo manipular el cepillo teniendo la supervisión de sus padres por lo menos una vez al día. El cepillado dental es un excelente medio para reducir la presencia de placa bacteriana. Holt menciona que la frecuencia de cepillado de los niños debe ser como mínimo dos veces al día, siendo el más importante el de la noche.¹³

Higiene en la dentición decidual

Es substancial, instruir a la madre sobre la importancia de empezar a practicar higiene bucal de su hijo tan pronto suceda la primera erupción dental, si la madre obviara estas indicaciones e inicia la higiene dental cuando finalice la erupción total de los dientes, sería muy tarde, debido a que es altamente probable que la caries este ya instalada. Los órganos dentarios del ser humano son sumamente susceptibles a empezar el proceso carioso cuando apenas comienza a aparecer. El *Streptococcus mutans* es el microorganismo de mayor acción en el proceso carioso, el cual es transmitido por la mamá o las personas cercanas mediante la saliva. Es recomendable frotar las piezas dentales y las encías una vez al cuando estas son pocas, la gasa debe ser enrollada en el dedo índice, o en su defecto se podría usar un cepillo con cerdas extra suaves de nylon y de cabeza pequeña y. Conforme erupcionan los dientes del bebé, la rutina se va ajustando a un limpieza dental normal, siendo la nocturna la más significativa, esto debido a que en la noche el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen, acción que estimula la formación de placa bacteriana en los dientes, incrementando el riesgo a padecer caries.¹⁴

Es responsabilidad de los padres hacerse cargo de la higiene bucal hasta del niño, hasta que alcance la destreza motora suficiente para llevarla a cabo él mismo de forma correcta. La

infancia, es la etapa del aprendizaje, es cuando se deben incluir y crear hábitos de higiene bucal.

Dieta

Estudios recientes, hacen cada día más evidente, la noción de que la alimentación, acción en la que se ingieren de nutrientes ejerce, influye profundamente el nivel de salud, siendo el principal agente para la prevención de una gama de enfermedades, incluyendo a las de la cavidad bucal.

La buena nutrición es primordial para el desarrollo y mantenimiento de la salud del infante, inicia desde su concepción y continúa durante toda la vida. Los alimentos son la principal fuente de nutrientes esenciales y de energía y, se clasifican en 6 grupos principales: vitaminas, proteínas, minerales, hidratos de carbono, agua y lípidos. Cada uno de estos son necesario para el crecimiento, desarrollo y funcionamiento ideal de todos los sistemas del cuerpo humano, sus funciones vitales y de los órganos.¹⁵

Nutrición en el embarazo

La nutrición en el embarazo está directamente relacionado al desarrollo inicial del bebé; Cuando una mujer está en estado de embarazo, sufre unos grandes cambios hormonales y metabólicos, lo que crea un ambiente propicio para el desarrollo del feto. Respecto al aspecto nutricional, los cambios se asocian a incremento sustancial de las exigencias de las embarazadas respecto a los nutrientes. La mujer embarazada necesita mayor cantidad de proteínas, vitaminas, calorías y minerales, siendo la sangre materna el único medio para transmitirlo al bebe a través de la placenta, que es el órgano encargado de transferir el oxígeno y los nutrientes de la madre al feto, eliminando también las sustancias de desecho, que son trasferidos a la sangre materna para su eliminación.^{15,16}

Es importante que la mujer embarazada posea un buen estado nutricional, un desequilibrio nutricional (deficiencia o exceso de un nutriente) conlleva a la formación de dientes, con tendencia a sufrir caries dental.^{17,18}

Cuando los dientes están en pleno desarrollo se debe tener en cuenta una variedad de nutrientes que garanticen una calcificación óptima, como el caso de la vitamina D y minerales como el fósforo y el calcio. Las vitaminas que intervienen en la formación de los dientes son la vitamina A, actuando directamente en el origen epitelial del órgano dentario del esmalte, se sugiere consumirla durante el embarazo al menos 0,001g diarios; y la vitamina D, que es primordial para el desarrollo de dientes y huesos, actuando en la calcificación normal de los tejidos óseos.^{18, 15, 16, 14}

El calcio y el fósforo son minerales que componen tejidos duros (huesos y dientes) aproximado el 99% y 80% respectivamente, además suministran rigidez y fuerza a estos tejidos. La ingesta insuficiente de calcio durante la formación de los dientes provoca una deficiente estructura dentaria, que se refleja en alta predisposición a padecer caries dental. Trastornos en el metabolismo de estos minerales durante este periodo dan como resultado defectos en la dentina e incluso una hipoplasia grave del esmalte.^{12,13}

Aproximadamente a las 20 semanas de vida del feto se inicia la calcificación de los dientes deciduos, es primordial que la madre proporcione los nutrientes necesarios para la formación adecuada de los dientes, previos a su erupción. Dependerá básicamente de la calidad de la dieta materna, lo cual a mediano plazo terminará afectando en el proceso de maduración del esmalte al momento de la erupción, la forma, el tamaño y composición química de los dientes del bebé.¹⁹

Consideraciones nutricionales durante la lactancia

Los seres humanos crecen más rápido en sus 6 primeros meses, el peso con el que nace el bebé se duplica en este periodo, y se triplica a los 12 meses. Estudios demuestran que la lactancia materna es, por excelencia, el mejor método de alimentación hasta los 6 meses, después de pasar este periodo, la leche de la madre se puede sustituir o complementar con otros alimentos.²⁰

Leches como la materna y la de vaca, inducen aparición de caries dental al ser consumidas sin los debidos cuidados bucales diarios, llegando a suscitar caries temprana. El amamantamiento tiene numerosas ventajas inmunológicas, nutricionales y hasta económicas, convirtiéndose en la mejor opción de alimentación para el lactante. Su posible potencial cariogénico se incrementa cuando el sustrato se encuentra en la boca del bebé durante 8 horas seguidas, pues es una solución azucarada con la capacidad de remover la desmineralización del esmalte dental.^{20,21}

Las madres de los lactantes y los profesionales de la salud deben ser orientados respecto a los efectos dañinos de poner a dormir al bebé con el biberón o amamantándolo, recomendándoles limpiar los dientes deciduos apenas emerjan en la cavidad oral, asegurándose de quitar cada resto de los alimentos que continúen en la superficie dental. Una opción es suminístrale al bebé un biberón con agua tan pronto finalice cada alimentación, lo cual representaría un que colabora en la higiene del bebé.^{22,23,7,21}

Nutrición durante la erupción dentaria

Crear adecuados hábitos de alimentación en la lactancia fomenta su continuidad en las siguientes etapas de la vida, los padres necesitan ser orientados respecto a los alimentos que

contienen mayor cantidad de nutrientes y que son los ideales para la salud bucal, siendo los más comunes:

- Verduras y frutas suaves.
- Cereales no azucarados.
- Galletas sin sal.
- Gelatinas y otros.

Estos alimentos deben ser añadidos conforme el lactante desarrolle el reflejo de deglución y el proceso de masticación.^{16, 20, 21, 15}

Los alimentos con alto contenido de carbohidratos deben evitarse, estos se manifiestan continuamente en los miembros de la familia, quienes usualmente azúcar al biberón o endulzan los purés, con el objetivo de que el niño no rechace el consumo de estos.¹⁵

Caries

Esta una enfermedad, tiene su origen en una gran variedad de factores, es de progresión lenta y de acción dinámica, sus síntomas incluyen la pérdida progresiva de minerales, que se inician en una disolución microscópica y ultra estructural, hasta lograr incluso la pérdida total del tejido dental.^{24, 15, 21}

Etiología de caries dental

Esta enfermedad transmisible y sumamente infecciosa, necesita los siguientes factores:

A. Huésped susceptible (diente): ofreciendo aspectos débiles que lo hacen susceptible a la caries, como:

- **Anatomía:** Zonas como las fisuras y fosas profundas junto a las superficies proximales son más retentivas, pues los instrumentos de limpieza y la saliva tienen un acceso limitado.

- **Disposición de dientes en la arcada:** los dientes mal ubicados debido a la falta de espacio promueven un ambiente favorable para la aparición de caries dental.
- **Constitución del esmalte:** Relacionado a las deficiencias que se suscitan en la en la mineralización dental, que favorece el desarrollo de caries.
- **Edad post eruptiva del diente:** La tendencia a padecer caries es mayor cuando con el brote de los dientes deciduos, la cual disminuye con el pasar de los años de la persona.

B. Flora bucal cariogénica (microorganismos – Streptococcus mutans): Bacterias Gram positivas como el estreptococos y lactobacilos generan un ácido láctico que no son nada fácil de neutralizar.¹⁵

C. Sustrato (carbohidratos fermentables en la dieta): El sustrato con mayor potencial cariogénico es la sacarosa, que la causante de la presencia de glucano polisacárido que es el responsable de que este sustrato se adhiera con facilidad a la placa del diente. Al estar pH está por debajo de 5.5 (valor crítico) se inicia la pérdida del mineral dental, este proceso se inicia apenas 3 a 5 minutos después de su consumo y tarda casi una hora en volver al pH neutro de 7. Entonces, se pueden asumir que ingerir con frecuencia azúcares extrínsecos sin una adecuada higiene bucal propicia la aparición de caries, ocasionando niveles bajos de pH bajos en la boca.

Al iniciarse el proceso de colonización de las bacterias colonizan en el diente a causa de sacarosa, esta produce ácido láctico que es el encargado de fermentar los hidratos de carbono, suscitándose la pérdida de los cristales de hidroxiapatita y por ende la aparición de caries dental.

D. Tiempo: La caries en niños se relacionada a la cantidad de carbohidratos consumidos, la textura de los alimentos y, a la frecuencia de consumo. Al disminuir el pH tan pronto se ingirieron alimentos cariogénicos manteniéndose por más de 45 minutos, y si la

frecuencia de consumo es mayor a 6 veces al día, el riesgo de caries se incrementa notablemente; debido a que la ingesta de alimentos entre las comidas, provoca una acidificación de placa continuamente lo que termina por perturbar la capacidad buffer, trastornando el mecanismo de remineralización y desmineralización.

Manifestaciones clínicas de caries dental:

Lesión inicial de caries en la superficie del esmalte: Conocida como los inicios de caries, originando en un primer momento el reblandecimiento o disolución del esmalte dentario, aperturando pequeñas vías de difusión. Está demostrado que la capa sub - superficial del esmalte se subsana con la aplicación en la superficie del esmalte de fosfatos y calcio disueltos.²⁵

Lesión inicial de caries en fosas y fisuras: la lesión se inicia en las paredes de las fisuras, mostrándose como 2 lesiones diminutas parecidas a la superficie lisa, debido a la existencia de material orgánico en el fondo del diente, que cumple el papel de tapón amortiguador frente a restos básicos de la placa, lo que disminuye el ataque ácido en la base de la fisura al inicio de la formación de caries.

Caries en dentina: La dentina es un tejido vital intrínsecamente interconectado al tejido pulpar, ambos forman una unidad biológica con la capacidad de actuar ante posibles agresiones, a través de estos mecanismos:

- **Esclerosis tubular:** Es el proceso en el que el mineral se deposita en la luz de los túbulos dentarios, se puede apreciar exactamente en la periferia de las lesiones cariosas.
- **Formación de la dentina reparadora:** Es la formación de una capa de dentina irregular en la interface de la pulpa y la dentina. También conocida como “dentina terciaria”, se diferencia de la dentina primaria que es la que se forma antes de la

erupción de los dientes, y de la “dentina secundaria” la cual se forma durante toda la vida del ser humano.^{25, 26}

Diagnóstico de caries

Son muchas las formas de manifestación de la caries dental en las distintas superficies dentales, las lesiones cavitadas se caracterizan por ser fáciles de diagnosticar, por el contrario, las lesiones incipientes dificultan su identificación. Usualmente en el diagnóstico de caries se utilizan las siguientes caries técnicas básicas:

- Examen radiográfico.
- Examen táctil con sonda.
- Examen visual.
- Transiluminación.

Para explorar clínicamente las lesiones de fisuras y fosas, se deben considerar los siguientes criterios

- Opacidad en torno a de la fosa o fisura, esta señal indica que el esmalte subyacente está en estado de desmineralización y socavidad.
- Base reblandecida de la fisura o fosa.
- Reblandecimiento del esmalte en el área adyacente.^{25, 26, 27}

La radiografía de aleta de mordida dificulta el diagnóstico de caries presente de forma incipiente en fosas y fisuras. No obstante, las lesiones de caries poco agresivas conducen a una poca valoración de su diagnóstico, como el caso de la caries oculta. En fosas y fisuras, donde el paciente u odontólogo sospechan la presencia de carie, se debería practicar una pequeña apertura en la fisura con el empleo de una diminuta fresa redonda, obteniendo un diagnóstico más certero.^{28, 29}

Caries temprana de la infancia

La Academia Americana de Odontología Pediátrica explica que la caries de infancia temprana, es la presencia de uno o más dientes cariados, estén cavitados o no, perdidos o restaurados a causa de caries en niños con edad entre los 0 y los 71 meses de edad.³⁰

La dentición temporal respecto a los dientes permanentes tiene una densidad y una calcificación menor en el esmalte, hecho que beneficia el progreso de las lesiones perturbando rápidamente varios dientes, usualmente a los de reciente brote. Destacando también el “síndrome de caries de biberón “que es la caries presente en la zona anterior de los incisivos superiores a causa del uso prolongado del biberón o de la lactancia materna, en los dos primeros años de vida.^{31, 19}

Cuando el niño mantiene en su boca carbohidratos mientras duerme, se colabora a la aparición de lesiones, pues cuando se está durmiendo se reduce el flujo salival. Los factores que favorecen el desarrollo de caries temprana podemos hallar a la hipoplasia del esmalte.^{32, 20}

Factores de riesgo de la caries temprana de la infancia

Los dientes expuestos a un medio cariogénico son los primeros en padecer esta enfermedad, aquellos niños con riesgo alto desarrollan inicialmente caries en los incisivos superiores, al poco tiempo de que estos emergen. Y de continuar el alto riesgo se puede vislumbrar fisuras de caries en los molares temporales, e incluso tiempo después caries proximal.³²

Si el niño presenta un riesgo de caries moderado, es muy probable que inicie caries de fisura en una edad más tardía y quizás caries proximal en molares.

Entre los factores de riesgo tenemos:

- **Dieta cariogénica:** Los malos hábitos alimenticios propician el desarrollo de caries dental, por lo que la alimentación juega un papel significativo durante los primeros años del infante. Si el niño consume carbohidratos sin moderación, se produce una degradación bacteriana de la placa a causa de esta ingesta. La caries se origina debido a la ingesta de cualquier carbohidrato fermentable, incluyendo a la leche con o sin azúcar, jugos de frutas, gaseosas y otras aguas azucaradas, es recomendable que la dieta del niño contenga la menor cantidad de azúcar posible.

Desgraciadamente, la cultura de las personas hace que incluso los productos azucarados sean entregados y aceptados como regalos buenos y bonitos.³²

- **Lactancia inadecuada:** La leche materna es el alimento más recomendado para la satisfacción fisiológica y psicológica tanto de la madre como del bebé. No obstante cuando esta es prolongada por más tiempo del recomendado, incluyendo el mal hábito usar el biberón durante la noche, el potencial de la caries se incrementa significativamente en los niños muy pequeños, sobre todo porque cuando el niño duerme la leche o líquidos azucarados se estanca en torno a los dientes, propiciando un ambiente altamente cariogénico.^{20,33,24,22}
- **Transmisibilidad microbiana de madre al hijo:** Bacterias como los lactobacilos y streptococos son transmitidos a la cavidad bucal de los bebés y niños por la madre mediante su saliva, cuando esta le da besos en la boca, usa sus utensilios o permite que los dedos del infante, vayan de boca en boca; siendo la saliva materna el principal transmisor bacteriano.²¹

Recomendaciones para disminuir la caries temprana de la infancia.

Los profesionales de la salud y en especial los médicos pediatras deben estimular a las madres respecto a las ventajas y beneficios que se obtienen del bienestar general del niño y

su familia. La madre y él bebe deben someterse a controles odontológicos periódicos, para controlar la higiene de la madre, y prevenir que el niño se contagie.

Los padres deben seguir las siguientes instrucciones para prevenir y mejorar tomar la salud oral de sus hijos: ^{30, 15, 19}

- a. Limpiar cada día los dientes del bebe, desde su erupción con la ayuda de una gasa o un cepillo especial.
- b. Realizar visitas al odontopediatra desde antes de que el niño cumpla su primer año, para tomar en cuenta medidas educativas y preventivas.
- c. Evitar la ingesta de azúcares en los bebes, al menos hasta los 12 meses, luego incluirla en pocas proporciones.
- d. No se recomienda usar biberón para hacer dormir a los niños, y de hacerlo durante la noche se deben cepillar los dientes antes de que el menor se vaya a dormir.
- e. Nunca introducir el chupón o cepillo dental de los niños en la boca de los adultos, debido a la alta capacidad de transmisibilidad de la saliva de los adultos.
- f. Evitar soplar los alimentos con el objetivo de enfriarlos.

Boca y maxilares del recién nacido

Si se pretende reconocer las alteraciones o enfermedades bucales que podría presentar un bebé, se tiene que conocer las unidades anatómicas normales presentes en la cavidad bucal.

Las alteraciones estructurales propias de los bebes son:

- **Sucking pad o Apoyo de succión:** Que se encuentra en el medio del labio superior, esta presenta proyecciones vellosas múltiples, que se incrementan al contacto con el seno de la madre. Favorece la adhesión de la boca del bebé al seno materno durante el acto de lactar. El apoyo de succión se desarrolla mejor en bebés de corta edad y que son alimentados por el seno materno.

- **Rodetes gingivales:** Son las que separan el vestíbulo de la cavidad bucal en una distancia que oscila entre 5-6mm, el rodete superior esta protruido y el rodete inferior esta retraído. Cuando se presentan mínimas distancias en las que se diferencia entre el superior y el inferior, o de aquellas mayores a 1 cm, se crea una tendencia a desarrollar maloclusiones de clase II o III a futuro.
- **Frenillos labiales:** Esta posicionado en la porción interna y media del labio superior, incluso en casi el 50 % de recién nacidos llega a unir el labio superior a la papila palatina. El frenillo labial colabora en la lactancia propiciando la afirmación del labio superior del bebé, ayuda también a fijar el labio sobre el maxilar.

El frenillo labial inferior es el menos desarrollado y se ubica en la porción interna y media del labio inferior, tiene la función de unir la porción interna del labio al tercio gingival junto con las bridas laterales.

Erupción dentaria

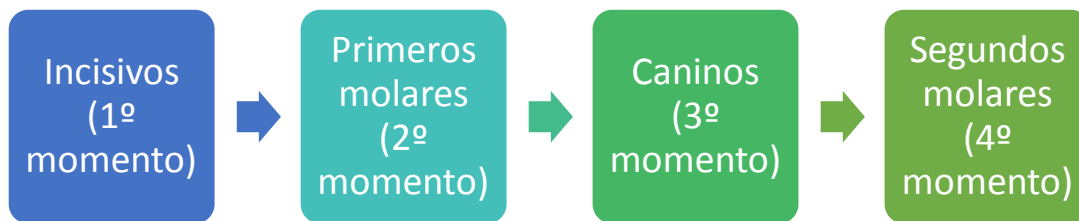
En 1981 la Asociación Dental Americana (ADA) estableció la siguiente cronología de erupción de los dientes temporales:

Incisivos Inferiores:	6 – 10 meses
Incisivos Superiores:	8 – 12 meses.
Primeros Molares:	12 – 16 meses.
Caninos:	16 – 20 meses.
Segundos Molares:	20 – 30 meses.

Importancia:

Al emergen los dientes temporales, se delimita la frontera entre una alimentación líquida exclusiva que tenía él bebe a una gradual alimentación de texturas cada vez más

consistentes. Con el brote de los cuatro grupos dentales se inicia la oclusión, enfatizando la importancia de que los dientes emerjan en la secuencia correcta:



DISTRIBUCIÓN DE LOS DIENTES DECIDUOS

La boca del niño posee 20 dientes temporales:

Arcada Superior (10):	Arcada Inferior (10):
2 Incisivos centrales superiores	2 Incisivos centrales inferiores
2 Incisivos laterales superiores	2 Incisivos laterales inferiores
2 Caninos superiores	2 Caninos inferiores
2 primeros molares superiores	2 Primeros molares inferiores
2 segundos molares superiores	2 Segundos molares inferiores

La dentición temporal se diferencia de la dentición permanente porque la dentición temporal posee una estructura menos marcada, es de color más blanco-azulada, con menos cúspides, de tamaño más pequeño y por supuesto no están las premolares ni mucho menos las terceras molares.

Importancia de los dientes deciduos

Cada tipo de diente, cumple una diferente función, ya sea masticando, triturando, cortando y demás. Los dientes actúan conjuntamente con el objetivo de desmenuzar los alimentos y propiciar su digestión.

Los dientes deciduos, comúnmente conocidos como temporales o dientes de leche, cumplen el rol de guiar y mantener la forma natural del espacio para la salida de los dientes permanentes.

El desarrollo de la articulación temporomandibular y el crecimiento óseo (craneofacial) se relacionan de forma directa al normal funcionamiento del aparato estomatognático, a la adecuada intercuspidación, el buen equilibrio de las fuerzas musculares y a la correcta acción de masticar.

Importancia del flúor en la prevención de la caries dental

Durante la difusión pasiva el estómago y el intestino delgado absorben el flúor para luego pasar al plasma y depositarse de manera exclusiva en los huesos y dientes.

El flúor posee los siguientes efectos beneficios en la prevención de la caries:

- Beneficia la capacidad remineralizante del esmalte.
- Resistencia del esmalte a la desmineralización.
- Interfiere en la adhesión bacteriana
- Aumenta el pH.
- Altas concentraciones de efecto bactericida.
- En la placa dental se deposita como fluoruro cálcico y se libera paulatinamente.
- Efecto antimicrobiano (inhibidor del crecimiento bacteriano).

Tratamiento de Flúor en bebés

Una vez haber realizado la higiene bucal usando el hisopado, se debe aplicar el flúor de sodio neutro al 0,05% sobre los dientes presentes en boca, con las siguientes dosis: 2 gotas desde la aparición del primer diente hasta el año y 4 gotas entre el año y los dos años; después frotar las gotas presionando suavemente sobre las superficies.

Esta práctica se debe iniciar a partir de los 2 – 3 años de edad; empero, el pediatra u odontopediatra podría realizarlo antes, prestando mucha atención a las orientaciones pertinentes de frecuencia diaria y de dosis.

Es primordial que los responsables respeten las normas de seguridad, al ser una aplicación tópica. La clínica odontológica es la responsable de suministrar el fluoruro de sodio neutro al 0,05% en frascos goteros de 10cc, para ser usados correctamente y con facilidad en casa,

al terminarse la sustancia la madre debe llevar el mismo a la clínica para recargarlo o cambiarlo por uno nuevo sin costo, evitando desecharlo como cualquier residuo común.³⁴

El cepillado dental.

Los cepillos dentales son fabricados con distintos tipos de las cerdas, diámetro, medidas, el largo y la angulación de la parte activa, número total de fibras, número, la disposición de las cerdas y el diseño del mango.

Actualmente el material más utilizado es el nailon, debido a que este no absorbe tanta agua lo que mantiene su dureza, se desgastan lentamente, al contrario de las fibras naturales que al poseer una depresión central origina que el extremo de las fibras se abra y comience a retener microorganismos.

Elegir el cepillo dental debe ser un acto responsable pues este condiciona la salud bucal del paciente, detalles como su destreza manual, las preferencias personales del que va a usarlo y la adhesión son aspectos que se debe considerar. Los cepillos manuales y eléctricos la remueven y previenen la formación de placa bacteriana casi con la misma efectividad.

Investigaciones señalan que el potencial de daño tisular respecto a los cepillos dentales, pueden ser lesiones registradas como agudas (ulceraciones, erosiones) o crónicas (retracción gingival). La gravedad de estas lesiones se relaciona con la constancia y tiempo de duración del cepillado, la dureza de las cerdas, la fuerza aplicada y la posición de los penachos.

Los cepillos dentales ofertados hoy en día satisfacen para limpieza bucal, las personas que lo utilizan necesitan ser correctamente instruidas. Un buen cepillo de dientes para personas con dientes permanentes requiere cumplir los siguientes rasgos físicos:

- Una parte activa relativamente pequeña (30 mm de largo por 10 mm de ancho)
- Un mango largo

- Cerdas de nailon blandas (diámetro de 0,2 mm y un largo de 10 mm) con extremo redondeado
- Cabeza de forma recta y con penachos múltiples.
- Adecuado tamaño de la cabeza que permita una buena maniobra en la cavidad bucal.
- La superficie activa debe ser lo suficientemente larga como para cubrir los dientes vecinos.

Técnicas de cepillado:

Tenemos una gran cantidad de técnicas de cepillado creadas esencialmente para el movimiento impreso del cepillo: Técnica vertical y horizontal, vibratoria, rotatoria, circular, de barrido y fisiológica.

Aceptar un método se relaciona a las características del paciente quienes antes que una prueba científica buscan la efectividad de la técnica. No existe método de cepillado que sea superior o mejor que los demás, no obstante, está probado que el método rotatorio es el menos recomendable. Mejorías la higiene bucal depende del rendimiento adecuado de cualquier método. Actualmente la técnica más usada es la Técnica de Bass.³⁶

Técnica de Bass.

El cepillo se ubica 45° sobre el eje mayor del diente y las cerdas son presionadas ligeramente en la zona interproximal y en el margen gingival. El cepillo se mueve de atrás hacia adelante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos al menos 10 veces en el mismo lugar alterando la placa. Al momento de cepillar las caras vestibulares y las linguales de los premolares y los molares, el mango requiere estar paralelo y horizontal al arco dental. Para las caras linguales de los incisivos y los caninos superiores e inferiores el cepillo debe ser sostenido en forma vertical ocasionando que las cerdas del extremo de la cabeza se implanten en el espacio crevicular de los dientes. Se recomienda el barrido corto para las caras en el sentido antero posterior.

Esta técnica es recomendable para aquellos pacientes con surcos periodontales profundos o inflamación gingival, pues posee capacidad de remover la placa supra gingival como su gingival más superficial.³⁶

Técnica Horizontal.

Las cerdas del cepillo se colocan 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante simulando un barrido; es recomendable solo para niños muy pequeños o que tengan alguna dificultad motriz que les impida usar una técnica más complicada.³⁶

Técnica de Stillman Modificada.

Se realiza un movimiento gradual hacia el plano oclusal con el cepillo, las cerdas deben ser ubicadas a 45° desde el ápice de la estructura dental en el margen gingival, similar a la del método rotatorio, descansado ligeramente en la encía. Así se lleva a cabo una correcta higiene en la zona interproximal masajeando vigorosamente el tejido gingival.

Técnica de Charters.

El cepillo es colocado a una altura de 45° encima del eje mayor del diente y las cerdas, ubicándola en dirección hacia oclusal, y forzándolo hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio y vibratorio de oclusal gingival. Los lados de las cerdas se acercan al margen de la encía y se producen un masaje repetitivo en los dientes. Las superficies oclusales son limpiadas con suaves movimientos rotatorios de las cerdas hacia los surcos.

Frecuencia del cepillado.

No hay coincidencia de criterios respecto de la frecuencia recomendable del cepillado. Según Sheiham (1977) explica que la investigación demuestra que conforme se incrementa la frecuencia del cepillado al menos 3 veces durante el día, se mejora significativamente el

estado periodontal, sin embargo, no existen grandes ventajas si se incrementó esta frecuencia.

Duración del cepillado.

Un error en las personas es no cepillarse durante el tiempo recomendado y necesario para conseguir un total de la placa bacteriana. La bibliografía explica que al menos por cuadrante se requieren 2:30 minutos, estimando un tiempo mínimo para cubrir toda la cavidad bucal con la cantidad de movimientos adecuados es de tres minutos.

Criterios para la aplicación del cepillado.

La encía puede estar clínicamente libre de la placa, eliminándola por completo una vez por día. Como también, si la persona no excede las cuatro veces diarias de ingesta de azúcar con un cepillado es suficiente. La frecuencia de cepillado se incrementa cuando la persona consume mayor cantidad de hidratos de carbono.

Hilo Dental.

En los espacios interproximales se debe pasar el hilo dental sin cera para reforzar la higiene bucal. Este hilo es fabricado con nailon y requiere experiencia específica en técnica textil. Está recomendado que el nailon sea tejido, además este material posee propiedades químicas como la resistencia a la abrasión y a la tensión, uniformidad y elasticidad, además bajo costo, son elementos que constituyen a la fibra de nailon precisa para hilo dental.

El hilo se constituye por filamentos continuos individuales de dos a tres denier de espesor, su espesor oscila entre 4 y 18 terminaciones. Cuando las terminaciones de fibras creadas con filamentos disminuyen se incrementa el riesgo de que el hilo se deshilache, por lo que se lleva a cabo el encerado del hilo, evitando estas situaciones.

Pasaje del hilo dental.

Utilizar el hilo dental es medianamente complejo, lo que quizás muchas veces es visto como un inconveniente para su práctica generalizada.

Se propone emplear usualmente: Una longitud de entre 40 y 60 cm., colocar el hilo en los mismos dedos de ambas manos dejando 5 a 8 cm de hilo entre ambas manos, el tensado del hilo debe ser dejando 2 cm de hilo entre los índices, la ubicación y guía del hilo entre los dientes, el mantenimiento del hilo frente a las áreas de cada cara proximal deslizándolo hacia la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo entre cada diente, logrando remover destituir la placa interproximal hasta debajo del margen gingival.

Se recomienda también utilizar la manipulación manual de los hilos, antes que los sostenedores pues no se ha demostrado su efectividad completa, aunque podría ser útil frente a dificultades manuales, además son indicados en las prótesis y en los pónicos de los puentes.³⁶

Medidas combinadas.

Se ha demostrado que cepillar manualmente los dientes y junto al pasaje del hilo dental, se construye un el método sumamente efectivo para la limpieza de las áreas inter proximales. Los palillos triangulares y el hilo dental, son los más efectivos para la higiene de las superficies proximales.

Wright (1979) señalo que existía una disminución en la incidencia de caries dental en infantes cuando el pasaje del hilo dental fue llevado a cabo por odontólogos, este hallazgo no se comprobó al auto realizar el pasaje del hilo.

Enjuague bucal.

El enjuague bucal ha sido recomendado como adyuvantes ventajosos en la limpieza bucal porque contribuyen a destituir las sobras de alimentos y otros desechos suavemente pegados a la superficie dentales, especialmente en personas portadoras de puentes,

ortodoncia o con dientes mal posicionados, debido a que estas circunstancias dificultan el uso correcto del cepillo y el hilo. Su empleo debe acompañarse de un cepillado dentario correcto. El agua o el líquido antiséptico que pueden usarse deben tener una presión suave y ser aplicados en forma perpendicular a eje mayor de los dientes para no tener la posibilidad de dañar el tejido gingival.

La principal vía de incorporación sistémica de fluoruros en los adultos es el consumo de determinados productos alimenticios. El flúor se combina con la hidroxiapatita del diente y la transforma en fluorhidroxiapatita, que tiene una estructura espacial mucho más ordenada, aumentando su resistencia al ataque de los ácidos. Además, favorece la remineralización del esmalte que a sido destruido en las fases iniciales que han sido destruidos en las fases iniciales del proceso de la caries. El flúor tiene un efecto discreto antimicrobiano, al impedir la adhesión de la placa a la superficie del diente e inhibir el metabolismo bacteriano.³⁶

Registros salivales

El recuento de *Streptococcus mutans* y lactobacilos a partir de la saliva, la tasa de secreción de saliva y su capacidad amortiguadora están dentro de los factores que se pueden evaluar para definir el perfil de riesgo del individuo.

Métodos para el cálculo de *Streptococcus mutans*.

El *Streptococcus mutans* es el representante odontolítico más importante de la flora bucal. La caries dental exhibiría cierto grado de especificidad microbiana que haría posible expresar el factor de riesgo microbiológico en términos de microorganismos particulares. La mayoría de pruebas para el recuento han empleado agar mitissalivarius- sacarosa-bacitracina como medio selectivo.

Según el método por “Caries creen”, que es el método más simplificado para el recuento de streptococcus mutans. Cuya lectura se interpreta como sigue:

● Grupo de alto riesgo: >500.000 UFC/m
● Grupo de moderado riesgo entre 250.000 y 500.000 UFC/mL.
● Grupo de bajo riesgo <250,000 UFC/mL.

Medición de flujo salival:

La medición de flujo salival o sialometría es un método fácil que se puede realizar mediante análisis de la saliva estimulada y no estimulada. Para las personas sanas este índice de flujos puede variar dentro de los siguientes valores:

● Saliva estimulada =>1-2 mL/min
● Saliva no estimulada => 0,3 – 0,4 mL/min.

2. 3. MARCO CONCEPTUAL:

Dentro del ámbito odontológico las intervenciones educativas tienen un rol importante ya que la salud bucal es parte fundamental de todo ser vivo, porque conduce a un desarrollo integral.

Debemos tener en cuenta que actualmente las madres que acuden a los centros de salud no cuentan con información adecuada y oportuna, es por ello que consideramos que existe la necesidad de implementar intervenciones educativas de salud bucal ya que la promoción y prevención debe comenzar motivando y educando a la madre en relación a su higiene oral.

El conocimiento oportuno dirigido a madres de bebés de 0 a 12 meses, ayudará a obtener resultados óptimos y mejorar la calidad de vida para un desarrollo integral en el ámbito de salud.

Al poder transmitir conocimiento mediante intervenciones educativas, cambiaremos las actitudes negativas y procederemos a efectuar mejoras en los conocimientos de salud bucal de los bebés y obtendremos niños más saludables y psicológicamente bien, con buena autoestima y madres educadas en el cuidado bucal de ella y de los que la rodean.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. Prevención

Es la acción y efecto de prevenir, quiere decir que consiste en preparar anticipadamente lo necesario para conseguir fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, dar aviso a alguien respecto a algún tema.³⁵

2. Salud

Cuando un ser vivo que goza de un pleno bienestar nivel físico, social y mental.³⁵

3. Salud bucal

La salud bucal se integra a la salud general y al bienestar de todos los individuos. Haciendo énfasis en la identificación temprana de los padecimientos bucales, ya que de esta manera se contribuye diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades sistémicas.³⁵

4. Amelogénesis

Proceso de formación del esmalte.³⁵

5. Dentinogénesis

Proceso de formación de dentina.³⁵

6. Hipoplasia dental

Es una de las enfermedades más raras y el esmalte se observa comprometido en la dentición de color amarillento o cafésoso y además con puntos o depresiones debido a enfermedades, como la malnutrición o la inanición al tiempo que los dientes están formando.³⁵

7. Succión de chupón

Es un mal hábito que podría provocar mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior. El chupete es un hábito de succión no nutritiva, la succión es una función instintiva, potente y refleja en el recién nacido, asociándose directamente a la necesidad de satisfacción afectiva y de seguridad.³⁵

8. Succión digital

Incluye uno o varios dedos de la mano, siendo la más frecuente la succión desmesurada del dedo pulgar. “Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético”.³⁵

9. Succión labial

Es una variante o sustitución de la succión digital, ocurre en el labio inferior, aunque algunos niños han demostrado tendencia al hábito de mordisquear el labio superior.³⁵

10. Nivel de conocimiento

Aprendizaje que una persona adquiere, el cual puede ser estimado en una escala cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular y malo) o cuantitativa (ej. de 0 a 10).³⁵

11. Eficacia

Tiene capacidad de alcanzar un objetivo o propósito y produce el efecto esperado.³⁵

12. Eficiente

Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir lo que queremos determinadamente.³⁵

13. Intervención educativa

Acción deliberada de realizar de acciones que conllevan a alcanzar el desarrollo integral del educando.³²

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

La efectividad del programa educativo en salud oral es efectiva sobre el recuento bacteriano en madres de niños de 6-12 meses de edad en el Centro de Salud Tamburco, 2018.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La efectividad del programa educativo sobre medidas preventivas es negativa en el grupo control y efectiva en el grupo experimental después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018.
2. La efectividad del programa educativo sobre enfermedades bucales es negativa en el grupo control y efectiva en el grupo experimental después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018.
3. La efectividad del programa educativo sobre desarrollo dental es negativa en el grupo control y efectiva en el grupo experimental después de la aplicación del programa educativo en madres de niños de 6-12 meses de edad en el centro de salud Tamburco, 2018.
4. La cantidad de streptococcus mutans en el grupo de control y experimental es baja en madres de niños de 6-12 meses de edad después de la aplicación del programa educativo del centro de salud Tamburco, 2018.

5. Si existe diferencia significativa en el recuento de estreptococos mutans entre el grupo control y experimental en madres de niños de 6-12 meses de edad post programa educativo del centro de salud de Tamburco, 2018.

3.2 MÉTODO

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, cuasi experimental, debido a la presencia de un grupo control y experimental para la obtención de los objetivos planteados.

3.4 NIVEL O ALCANCE DE INVESTIGACIÓN

El alcance del presente trabajo de investigación es de tipo relacional ya que buscamos la relación entre la efectividad del programa y el recuento de estreptococos mutans.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es de tipo cuasi experimental, prospectivo y de corte longitudinal.

3.6 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

1.- Efectividad del programa educativo en salud oral: equilibrio entre la eficacia y eficiencia para lograr un resultado o efecto y que está orientado al resultado de un programa educativo en salud oral. Presenta la siguiente dimensión:

- **Técnica de Cepillado Dental:** sesiones didácticas en relación a la correcta forma de cepillado en las madres de los niños de 6-12 meses de edad. Variable de tipo cualitativa medida en escala ordinal y toma los siguientes valores:

- **Bueno 9-13 preguntas correctas**
- **Regular 8-5 preguntas correctas**
- **Malo 4-1 preguntas correctas**

2.- Recuento Bacteriano: es la magnitud de la población total bacteriana al microscopio. Presenta. Presenta la siguiente dimensión:

- **Recuento de streptococcus mutans:** magnitud de la bacteria Gram positiva que se encuentra en la saliva de las madres de niños de 6-512 años de edad. Variable de tipo cualitativa medida en escala ordinal y toma los siguientes valores:

● Grupo de alto riesgo: >500.000 UFC/m
● Grupo de moderado riesgo entre 250.000 y 500.000 UFC/mL.
● Grupo de bajo riesgo <250,000 UFC/mL.

- Presente
- Ausente

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Concepto	Variable			Valores	
				Indicador	Tipo de variable	Escala		
Efectividad del programa educativo en salud oral	Equilibrio entre la eficacia y eficiencia para lograr un resultado o efecto y que está orientado al resultado de un programa educativo en salud oral.	Conocimientos sobre medidas preventivas en salud oral	Disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo	Cuestionario	Cualitativa	Ordinal	Bueno 4 preguntas correctas Regular 2 preguntas correctas Malo 1 preguntas correctas	Bueno 9-13 preguntas correctas Regular 8-5 preguntas correctas Malo 4-1 preguntas correctas
		Conocimientos sobre enfermedades bucales	Cualquier problema que afecte a la boca que pueda dificultarle comer, Beber o hasta sonreír.				Bueno 3 preguntas correctas Regular 2 preguntas correctas Malo 1 preguntas correctas	
		Conocimientos sobre desarrollo dental	Conjunto de procesos que permiten la erupción de los dientes y dar una función a cada una de ellas				Bueno 4 preguntas correctas Regular 2 preguntas correctas Malo 1 preguntas correctas	
Recuento Bacteriano	Magnitud de la población total bacteriana al microscopio.	Streptococcus mutans	Bacteria Gram positiva que se encuentra en la saliva de todo ser humano, principal causa de la caries dental.	Cultivo	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente	

3.7 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población:

La población estará conformada por 15 madres de niños de 6-12 meses del Centro de salud de Tamburco del distrito de Abancay, las cuales estarán conformadas en grupo control (07) y grupo experimental (08)

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

La población estará conformada por las madres de bebés de 6 a 12 meses de edad del centro de salud Tamburco de la ciudad de Abancay, 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Madres que acepten participar de forma voluntaria en el presente trabajo de investigación.
- ✓ Madres de niños de 6-12 meses de edad de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Madres que hayan participado con anterioridad en programas educativos en salud oral.
- ✓ Madres de niños de 6-12 meses de edad con alguna enfermedad aparente de forma física o psicológica.

Muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico y la muestra será el total de la población designada.

3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas:

La técnica a utilizar en el presente trabajo de investigación será:

Para la evaluación del programa educativo: será la de observación directa a través de una ficha de recolección de datos.

Para el recuento bacteriano: la técnica a utilizar será la observación directa para el conteo del streptococcus mutans a través del microscopio, el instrumento que se utilizará será en base a las unidades formadoras de colonias por mililitros (UFC/ml).

Procedimiento

En el presente trabajo de investigación para la elaboración del programa de salud bucal constará de 3 etapas la cual se detalla a continuación:

PRIMERA ETAPA:

Consistirá en las cartas de presentación que solicitarán las investigadoras principales a la Escuela Profesional de Estomatología que serán destinadas al Director del Centro de Salud de Tamburco, posterior a eso se solicitará la participación de todas las madres de niños de 6-12 meses de edad que cumplan con los criterios de inclusión a través de la firma del consentimiento informado (ANEXO 1)

Seguido de la firma del consentimiento informado a las madres del grupo control y experimental se recolectará la toma de muestra que consistirá en el hisopado de la zona lateral (carrillos), con un hisopo estéril de la cavidad oral para determinar el número de streptococcus mutans que se realizará con todas las medidas de bioseguridad por parte de las investigadoras principales y que se ceñirá al protocolo ya establecido.

Toma de Muestra (Hisopado de Placa Dental, zona lateral (carrillos)).

Para aislar las bacterias en la superficie dental por la técnica del hisopado El medio de cultivo será de agar sangre y agar chocolate es un medio de uso general que permite el crecimiento de bacterias anaerobias y aerobias, quizás no sea un forma de elección para anaerobios. Pero, permite visualizar reacciones hemolíticas que producen algunas especies bacterianas.

Utilizado para el crecimiento de gérmenes exigentes, como Neisseria o Streptococcus. La prueba se realizó recolectando la muestra de las mamas de niños de 6 – 12 meses incluidos en el estudio indicándole.

Indicaciones previas al paciente:

- Cepillarse los dientes con normalidad la noche anterior a la toma de muestra
- Acudir al día siguiente sin cepillarse los dientes y sin ingerir alimentos.

Se tomara la muestra del dorso de la lengua , la superficie dental y carrillo con un hisopo estéril, después de la toma de muestra el hisopo se conservara en un tubo con el medio de cultivo elaborado previamente (Agar Soya Trypticase). Estos fueron incubados a 37 ° C durante 24 horas. Las muestras serán sembradas en dos medios básicos.

AGAR SANGRE

Usada para el crecimiento de streptococos, para preparar del agar sangre se puede usar el agar nutritivo enriquecido con cloruro sódico o un preparado enriquecido con otras sustancias como Columbia o el tripticase de soja. La adición de sangre a un medio de cultivo no proporciona las sustancias que están en el interior de los hematíes, pero sí

puede añadir factores inhibidores del crecimiento bacteriano presentes en el suero. Este es un inconveniente que puede solucionarse calentando la sangre para romper los eritrocitos y para que se destruyan las sustancias inhibidoras, que son termolábiles. La sangre utilizada como aditivo a estos medios suele ser sangre de carnero diluida al 5%, pero en algunas ocasiones es necesario utilizar sangre de otras especies (caballo, conejo, humana), pues facilitan las reacciones hemolíticas o contienen determinados factores de enriquecimiento o no poseen sustancias inhibidoras del crecimiento de determinados gérmenes.

AGAR CHOCOLATE

Se obtiene calentando la sangre antes de adicionarla al medio base. Por esta razón el agar chocolate contiene hemoglobina, que aporta al medio un importante elemento para el crecimiento: el factor X o hemina termoestable. El agar chocolate es un medio destinado principalmente al aislamiento de Neisserias (gonococos y meningococos) y Haemophilus, pero en él pueden crecer muchos otros microorganismos exigentes. El agar chocolate puede convertirse quizás en uno de los medios más enriquecidos si añadimos una mezcla de factores de crecimiento no contenidas en la sangre. Por adición de uno o varios antibióticos pueden lograrse medios inhibidores o selectivos para el crecimiento de determinados microorganismos

Posterior a la toma de muestra se procederá a entregar los cuestionarios para medir la eficacia del programa educativo este será evaluado antes y después del programa educativo. (ANEXO 2)

SEGUNDA ETAPA:

Constará de la aplicación del programa educativo en salud oral que se detalla a continuación:

- **Primera sesión:**

- Brindar Información de proyecto a madres, aceptación de participación voluntaria, consentimiento informado

- Metodología

- Comunicación grupal

- Objetivo:

- Informar a madres sobre el proyecto que se realizara.

- **Segunda sesión:** Toma de muestra

- Metodología

- Hisopado de superficie dental ,dorso de la lengua y carrillo

- Objetivos:

- Determinar la cantidad de streptococcus mutans en madres de bebes de 0 a12 meses.

Programa educativo en salud oral acerca de técnica de cepillado

Consiste en tres momentos:

- ✓ la exposición de contenidos teóricos
- ✓ la demostración
- ✓ práctica por parte de las madres, haciendo uso de material didáctico: cepillo dental y tipodón educativo para hacer las demostraciones.

- **Tercera sesión:** Charla emotiva sobre la importación de la salud oral
 - Boca sana y cuerpo sano
 - Metodología:
 - Didáctico (rotafolios/trípticos /audios)
 - Objetivo:
 - Concientizar sobre la importancia de mantener una boca sana y la interacción que tiene esta en la salud general.
- **Cuarta sesión:** Caries en adultos, niños y bebés
 - Enfermedades bucales transmitidas de la madre hacia el bebé(medio de transmisión y medidas de prevención)
 - Streptococcus mutans (como disminuir la propagación de la bacteria.)
 - Metodología:
 - Didáctico(papelotes ,maquetas, dibujos)
 - Objetivo:
 - Disminuir el número de streptococcus mutans en las madres para así evitar el contagio posteriores a sus bebés.
- **Quinta sesión:** Estructuras normales de la cavidad oral
 - Diente , superficies del diente ,encía ,lengua y saliva
 - Metodología:
 - Didáctico (maqueta)
 - Objetivo:
 - Conocer estructuras normales de la cavidad oral

- **Sexta sesión:** Partes de un cepillo, tipo de cepillos en un adulto y un niño
 - Tiempo de uso del cepillo
 - Metodología :
 - Didáctico (maqueta)
 - Objetivo:
 - Enseñar el correcto uso del cepillos de acuerdo a la edad
- **Sétima sesión:**
 - Técnica de cepillado dental (Bass), frecuencia de cepillado y tiempo de cepillado
 - Metodología
 - Didáctico (Practica de técnica de cepillado con maquetas.)
 - Objetivo:
 - Impartir un adecuado conocimiento sobre el tiempo ,frecuencia de cepillado y lograr la disminución de la caries y su transmisión a los bebes
- **Octava sesión:**
 - Pasta de dientes (niños y adultos) cantidad y dosificación de acuerdo a la edad y medidas de higuiene en él bebe y el adulto. (Odontología del bebe)
 - Metodología
 - didáctico (enseñanza directa en la utilización adecuada de la pasta de dientes)
 - Objetivo:
 - Educación sobre el uso correcto de cantidad adecuada de pasta dental para un correcto cepillado.

TERCERA ETAPA:

- **Novena sesión:**

- Toma de muestra
 - Metodología :
 - Hisopado de Placa Dental y zona lateral (carrillos)
 - Objetivos:
 - Cuantificar nivel de streptococcus mutan en madre de bebes de 6 meses que recibieron charlas educativas sobre el cuidado de la salud oral.

- **Decima sesión:**

- Medidas preventivas en salud oral
- Visitas estomatológicas
 - en el adulto , el niño y él bebe
- Alimentación saludable
 - Metodología :
 - rotafolios /tríptico
 - Objetivos :
 - Concientizar a las madres que no es correcto dar cariños directos a sus bebes
 - Darles a conocer la importancia de mantener una adecuada salud oral como madres y como este beneficia a sus bebes.

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para la ejecución de la investigación la participación de las madres es de manera voluntaria previa autorización de ellas se realizará el consentimiento informado firmado. Los resultados del presente trabajo de investigación se manejarán y mantendrá de forma anónima y se codificará a cada participante.

3.10 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron consolidados en tablas bidimensionales. El análisis de los datos se realizara a través de cifras porcentuales. Se utilizara diferentes pruebas estadísticas para la diferencia de proporciones leída al 95% de confiabilidad. Para el procesamiento de datos se utilizara un paquete estadístico.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 01: UNIVARIADA

Se realiza una descripción univariada donde se pudo observar los siguiente: en cuanto a la covariables grupo 53%(8) pertenecen al grupo experimental y 46.7%(7) al grupo control; respecto al recuento de bacterias streptococcus mutans se encontró presencia en el 100%(15) de la muestra; en relación a los conocimientos sobre medidas preventivas en salud bucal, se observa que del total de la población estudiada manifestaron conocimientos malo y bueno 40%(6) en ambos casos y 20%(3) conocimiento regular; en cuanto a la covariable conocimiento sobre enfermedades bucales, 52%(8) manifestaron conocimiento sobre enfermedades bucales malo, 40%(6) conocimiento regular sobre enfermedades bucales y 6.7(1) conocimientos bueno sobre enfermedades bucales; respecto a los conocimientos sobre desarrollo dental, 66.7%(10) manifestó conocimientos malo sobre desarrollo dental, 20%(3) conocimiento bueno sobre desarrollo dental y 13.3%(2) conocimiento regular sobre desarrollo dental; por último, en cuanto a la técnica de cepillado, 93.3%(14) evidenció una técnica deficiente de cepillado y 6.7%(1) técnica eficiente de cepillado.

TABLA 02:

En cuanto a la relación entre la presencia de streptococcus mutans y la covariable grupo, se pudo observar lo siguiente: el total de la muestra 100%(15), evidenciaron presencia en el recuento de colonias antes de la capacitación en salud bucal, donde, 53%(pertenecen al grupo experimental y 46.7%(7) están en el grupo control; 53.3%(8) manifestaron presencia en el recuento de colonias después de la capacitación en salud

bucal, donde, 33.3%(5) están en el grupo control, 20%(3) se ubican en el grupo experimental; 46.7%(7) presentaron ausencia en el recuento de colonias después de la capacitación en salud bucal, de donde 33.3%(7) se ubica en el grupo experimental y 13.3%(2) en el grupo control.

TABLA 03:

En cuanto a la relación entre programa educativo en salud oral y la covariable grupo se observa lo siguiente: antes de la aplicación del programa educativo; 40%(6) de la muestra evidenció conocimiento malo sobre medidas preventivas en salud bucal, donde, 26.7%(4) pertenece al grupo experimental y 13%(2) están en el grupo control; 40%(6) mostraron conocimiento bueno sobre medidas preventivas en salud bucal, del cual, 33.3%(5) se ubican en el grupo control y 6.7%(1) en el grupo experimental; 20%(3) manifestaron conocimiento regular sobre enfermedades bucodentales, de donde, 26.7%(4) se encuentran en el grupo control y 13.3%(2) en el grupo experimental; luego, 53%(8) mostraron conocimiento malo sobre enfermedades bucodentales, del cual, 33.3%(5) se ubican en el grupo experimental y 20%(3) en el grupo control, 40%(6) presentaron conocimiento regular sobre enfermedades bucales, de donde, 26.7%(4) se ubican en el grupo control y 13.3%(2) en el grupo experimental, 6.7%(1) demostraron conocimiento bueno sobre enfermedades bucales, donde, 6.7%(1) está en el grupo experimental; por último, 66.7%(10) evidenciaron conocimiento malo sobre desarrollo dental, de donde, 40%(6) están en el grupo experimental y 26.7%(4) en el grupo control; 20%(3) mostraron conocimiento bueno sobre desarrollo dental, del cual, 13.3%(2) se ubican en el grupo experimental, 6.7%(1) en el grupo control; 13.3%(2) manifestaron conocimiento regular sobre desarrollo dental, de donde, 13.3%(2) están en el grupo control.

Después de la aplicación del programa educativo; 40%(6) de la muestra evidenció conocimiento malo sobre medidas preventivas en salud bucal, donde, 26.7%(4) pertenece al grupo control y 13%(2) están en el grupo experimental; 40%(6) mostraron conocimiento regular sobre medidas preventivas en salud bucal, del cual, 26.7%(4) se ubican en el grupo experimental y 13.3%(2) en el grupo control; 20%(3) manifestaron conocimiento bueno medidas preventivas en salud oral, de donde, 13.3%(2) se encuentran en el grupo experimental y 6.7%(1) en el grupo control; luego, 40.0%(6) mostraron conocimiento malo sobre enfermedades bucodentales, del cual, 6.7%(1) se ubican en el grupo experimental y 33.3%(5) en el grupo control, 46.7%(7) presentaron conocimiento regular sobre enfermedades bucales, de donde, 40.0%(6) se ubican en el grupo experimental y 6.7%(1) se ubica en el grupo control, 13.3%(2) demostraron conocimiento bueno sobre enfermedades bucales, donde, 6.7%(1) está en el grupo experimental y 6.7%(1) en el grupo control; por último, 33.3%(5) evidenciaron conocimiento malo sobre desarrollo dental, de donde, 6.7%(1) están en el grupo experimental y 26.7%(4) en el grupo control; 40.0%(6) mostraron conocimiento regular sobre desarrollo dental, del cual, 33.3%(5) se ubican en el grupo experimental, 6.7%(1) en el grupo control; 26.7%(4) manifestaron conocimiento bueno sobre desarrollo dental, de donde, 13.3%(2) están en el grupo experimental y 13.3%(2) en el grupo control.

TABLA 04:

En cuanto a la relación entre el recuento de colonias después del programa educativo en salud oral y la covariable grupo se observa que: 53.3%(8) de la muestra evidenció presencia en el recuento de colonias, de donde, 33.3%(5) se ubican en el grupo control,

20%(3) en el grupo experimental; 46%(7) evidenciaron ausencia en el recuento de colonias, del cual, 33.3%(5) se encuentran en el grupo experimental y 13.3%(2) en el grupo control.

TABLA 05:

En cuanto a las estadísticas de grupo y recuento de colonias, respecto al grupo control, se pudo evidenciar una media de 0.71, desviación estándar de 0.488 y media de error estándar 0.184; en cuanto al grupo experimental, se observa una media de 0.38, desviación estándar 0.518 y media de error estándar 0.183.

TABLA 06:

En cuanto a la prueba de muestras independientes y recuento de colonias, se asumen varianza con un valor $p=0.002$.

TABLA 01 UNIVARIADA.*Descripción univariada de las covariables de estudio*

<i>COVARIABLES</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
GRUPO	<i>CONTROL</i>	7	46.7
	<i>EXPERIMENTAL</i>	8	53.3
RECuento de BACTERIAS STREPTOCOCCUS MUTANS			
	<i>PRESENCIA</i>	15	100.0
CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL	<i>MALO</i>	6	40.0
	<i>REGULAR</i>	3	20.0
	<i>BUENO</i>	6	40.0
CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES	<i>MALO</i>	8	53.3
	<i>REGULAR</i>	6	40.0
	<i>BUENO</i>	1	6.7
CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL	<i>MALO</i>	10	66.7
	<i>REGULAR</i>	2	13.3
	<i>BUENO</i>	3	20.0
TECNICA DE CEPILLADO	<i>DEFICIENTE</i>	14	93.3
	<i>EFICIENTE</i>	1	6.7

TABLA 02.-

Recuento de colonias streptococcus mutans antes y después del programa educativo

PRESENCIA DE STREPTOCOCCUS MUTANS(grupo de bajo riesgo <250.000 ufc/ml)		GRUPO				N	%
		CONTROL		EXPERIMENTAL			
		n	%	n	%		
RECuento DE	AUSENCIA	0	0	0	0	0	0
COLONIAS (ANTES)	PRESENCIA	7	46.7	8	53.3	15	100
RECuento DE	AUSENCIA	2	13.3	5	33.3	7	46.7
COLONIAS (DESPUES)	PRESENCIA	5	33.3	3	20.0	8	53.3

GRÁFICO 02.-

Recuento de colonias streptococcus mutans antes y después del programa educativo

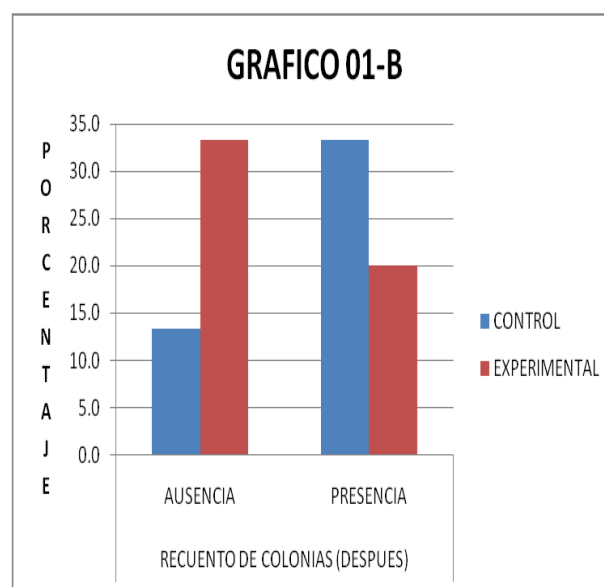
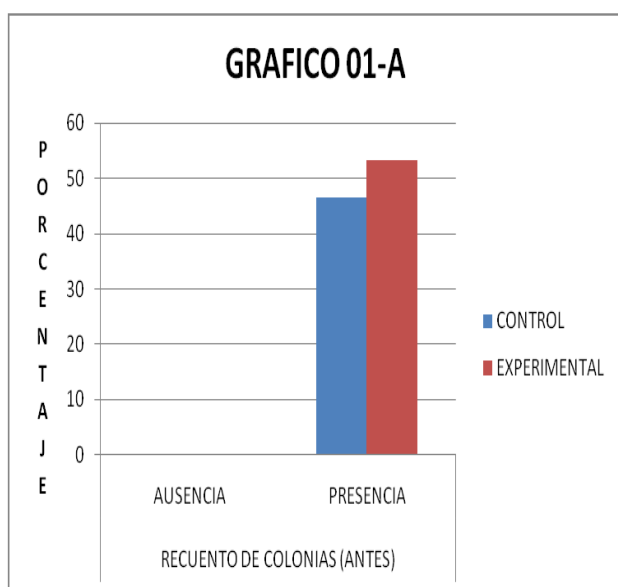


TABLA 03.-

Efectividad del programa educativo en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa

ANTES		GRUPO					
		CONTROL		EXPERIMENTAL		N	%
		n	%	n	%		
CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL	MALO	2	13.3	4	26.7	6	40.0
	REGULAR	0	0.0	3	20.0	3	20.0
	BUENO	5	33.3	1	6.7	6	40.0
CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES	MALO	3	20.0	5	33.3	8	53.3
	REGULAR	4	26.7	2	13.3	6	40.0
	BUENO	0	0.0	1	6.7	1	6.7
CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL	MALO	4	26.7	6	40.0	10	66.7
	REGULAR	2	13.3	0	0.0	2	13.3
	BUENO	1	6.7	2	13.3	3	20.0

DESPUES		GRUPO					
		CONTROL		EXPERIMENTAL		N	%
		n	%	n	%		
CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL	MALO	4	26.7	2	13.3	6	40.0
	REGULAR	2	13.3	4	26.7	6	40.0
	BUENO	1	6.7	2	13.3	3	20.0
CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES	MALO	5	33.3	1	6.7	6	40.0
	REGULAR	1	6.7	6	40.0	7	46.7
	BUENO	1	6.7	1	6.7	2	13.3
CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL	MALO	4	26.7	1	6.7	5	33.3
	REGULAR	1	6.7	5	33.3	6	40.0
	BUENO	2	13.3	2	13.3	4	26.7

GRÁFICO 03.-

Efectividad del programa educativo en el grupo control y experimental antes y después de la aplicación del programa

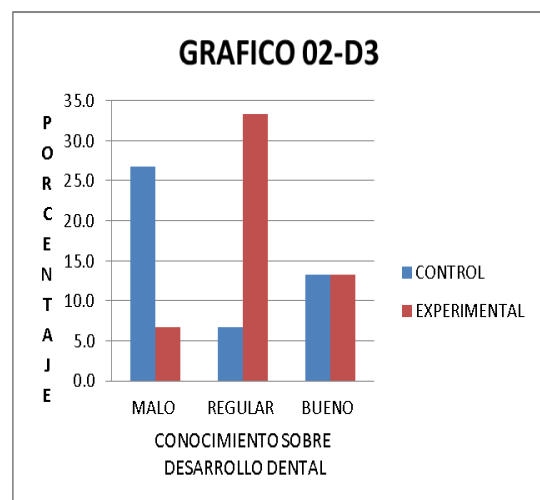
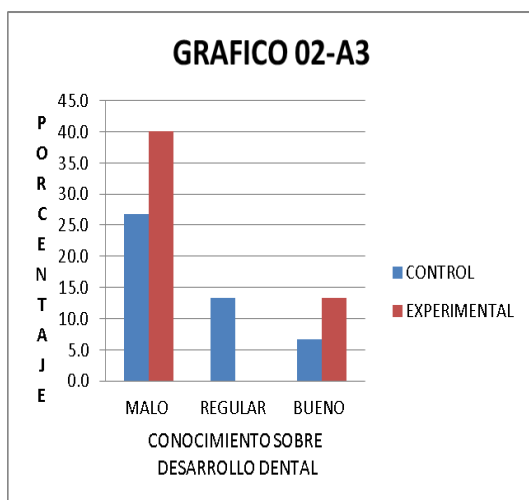
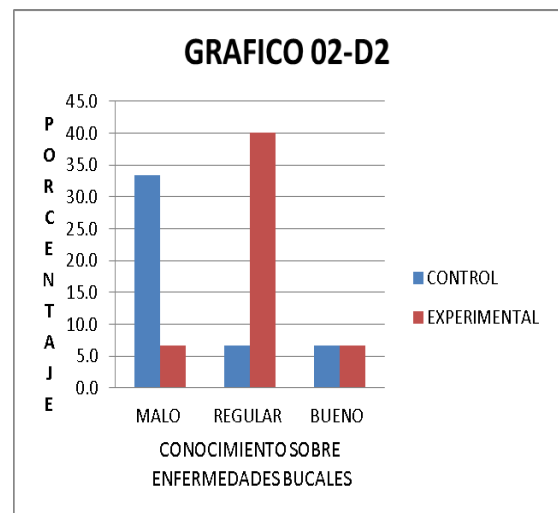
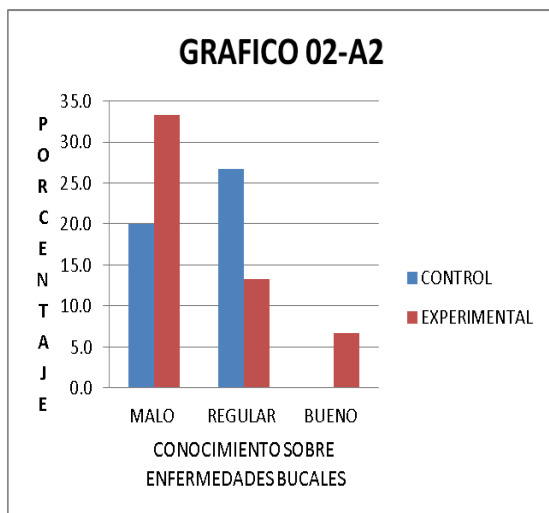
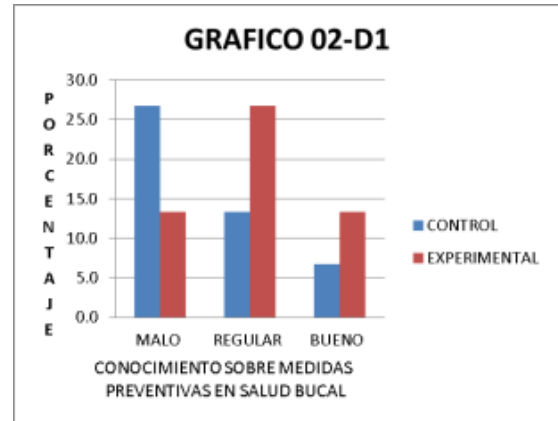
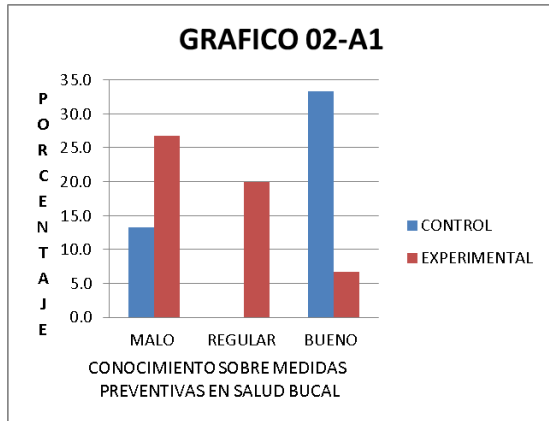


TABLA 04.-

Identificación y recuento de colonias de streptococcus mutans en el grupo control y Experimental.

GRUPO DE BAJO RIESGO < 250,000 UFC/MI		GRUPO				N	%
		CONTROL		EXPERIMENTAL			
		n	%	n	%		
RECuento DE COLONIAS (DESPUES)	AUSENCIA	2	13.3	5	33.3	7	46.7
	PRESENCIA	5	33.3	3	20.0	8	53.3

GRÁFICO 04.-

Identificación y recuento de colonias de streptococcus mutans en el grupo control y Experimental.

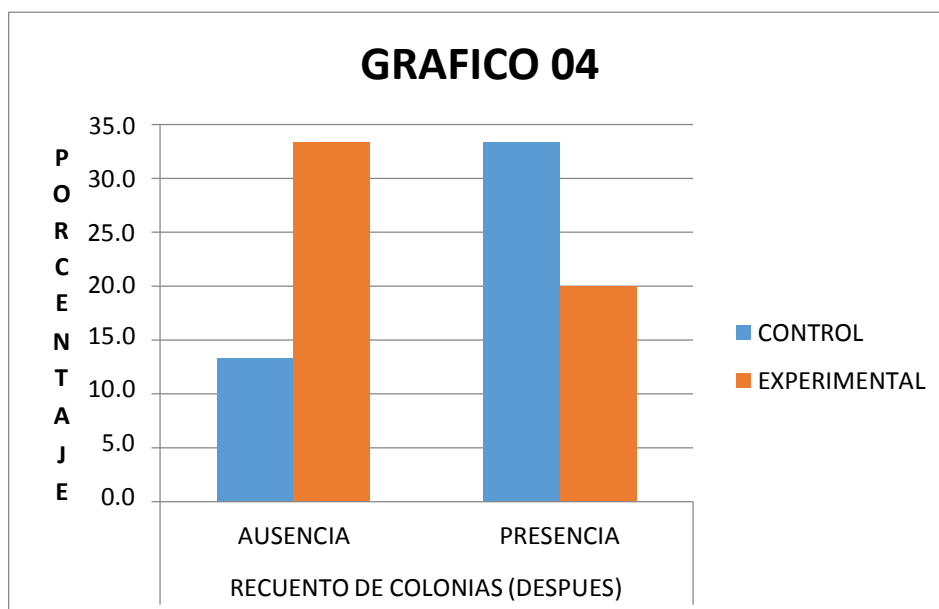


TABLA 05.-

Diferencia estadísticamente significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo experimental y grupo control con media, desviación estándar y media de error estándar.

Estadísticas de grupo					
GRUPO		N	Media	Desviación estándar	Media de Error estándar
RECuento DE COLONIAS (DESPUES)	CONTROL	7	.71	.488	.184
	EXPERIMENTAL	8	.38	.518	.183

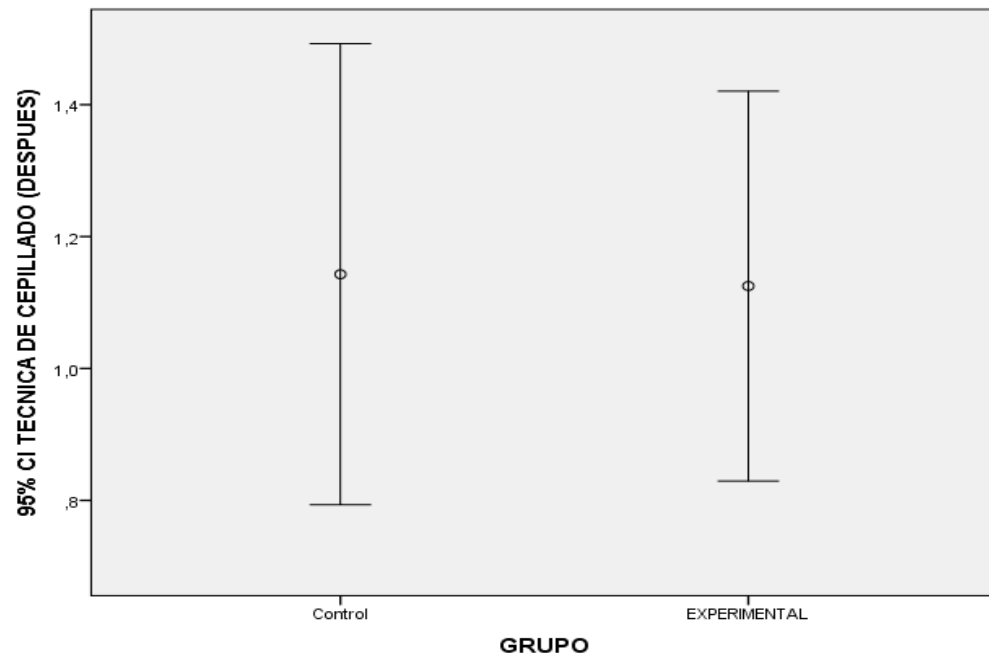
TABLA 06.-

Diferencia estadísticamente significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo experimental y grupo control

Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene de igualdad				prueba t para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia Inferior Superior
RECuento DE COLONIAS (DESPUES)	Se asumen varianzas iguales	.469	.002	1.300	13	.216	.339	.261	-.224 .903
	No se asumen varianzas iguales			1.306	12.907	.214	.339	.260	-.222 .901

GRÁFICO 06.-

Diferencia estadísticamente significativa en el recuento de streptococcus mutans entre el grupo experimental y grupo control.



4.1 DISCUSIONES:

✓ El estudio realizado en las madres de 6 a 12 meses en el centro de salud de Tamburco mostró niveles regulares en cuanto al conocimiento sobre salud bucal del bebe se refiere, arrojando antes del programa educativo los siguientes resultados basados en 3 dimensiones, *Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal*, el grupo control presento un conocimiento bueno con 33.3%(5/15) mientras que el grupo experimental un conocimiento malo con 26.7%(4/15). En cuanto al *conocimiento sobre enfermedades bucales* el grupo control manifestó tener un conocimiento regular con 26.7%(4/15) mientras que el grupo experimental un conocimiento malo con 33.3%(5/15) y por último en cuanto al *conocimiento sobre desarrollo dental* el grupo control y experimental presentaron un conocimiento malo con 26.7%(4/15) y 40%(6/15) respectivamente.

Los resultados mostrados después del programa educativo sobre salud oral basados en Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal, el grupo control presento un conocimiento malo con 26.7%(4/15) mientras que el grupo experimental un conocimiento regular con 26.7%(4/15). En cuanto al conocimiento sobre enfermedades bucales el grupo control presento un conocimiento malo con 33.3%(5/15), mientras que el grupo experimenta presento un conocimiento regular con 40.0%(6/15) y por último en cuanto al conocimiento sobre desarrollo dental el grupo control presento un conocimiento malo con 26.7%(4/15) mientras que el grupo experimental presento un conocimiento regular con 33.3%(5/15). Encontrando similares resultados realizados por PANDURO en su investigación relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo

siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral.

El estudio realizado por MUÑOZ se puede apreciar en la investigación que determina la eficacia de la técnica educativa, desarrollo de habilidades para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Las madres fueron asignadas al grupo experimental y control en forma aleatoria. Se evaluó la higiene oral de sus hijos preescolares al inicio, a los 30 días y a los 60 días, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. Al inicio la media del nivel de conocimientos de salud oral fue de 6,57 para el grupo experimental y de 6,55 para el grupo control.

Después de la intervención la media del grupo experimental fue de 11,88 y del grupo control 8,48, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En lo que se refiere a la higiene oral, las medias del índice al inicio,

30 y 60 días fueron en el grupo experimental 2,51; 1,14 y 0,73 mientras que para el grupo control fueron 2,51; 2,02 y 1,69 respectivamente. La técnica desarrollo de habilidades demostró ser más eficaz en el aumento del nivel de conocimientos de salud oral de madres y en la disminución del índice de higiene oral de preescolares. Presentado resultados similares a la presente investigación, donde se demostró

reducción importante en el recuento bacteriano después de la aplicación del programa educativo en salud oral.

Los estudios realizados por TEANPAISAN, ZHOU, CARLETTO y LLODRA manifiestan que las madres son importante fuente de infección para sus hijos en edad temprana en lo que también corroboramos con el estudio realizado en la presente investigación.

4.2 CONCLUSIONES:

- ✓ El nivel de conocimiento sobre salud bucal que presentaron las madres de bebés de 6 a 12 meses antes del programa educativo basado en 3 dimensiones, *Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal*, el grupo control presentó un conocimiento bueno mientras que el grupo experimental un conocimiento malo. En cuanto al *conocimiento sobre enfermedades bucales* el grupo control manifestó tener un conocimiento regular mientras que el grupo experimental un conocimiento malo y por último en cuanto al *conocimiento sobre desarrollo dental* el grupo control y experimental presentaron un conocimiento malo.
- ✓ En cuanto al recuento bacteriano del streptococcus mutans antes del programa educativo todos presentaron la bacteria registrando se en el grupo de bajo riesgo <250,000 UFC/ml.
- ✓ El conocimiento en el grupo control está de regular a bueno mientras que el grupo experimental presentaron niveles bajos en cuanto a conocimiento se refiere.
- ✓ El nivel de conocimiento sobre salud bucal que presentaron las madres de bebés de 6 a 12 meses después del programa educativo basado en 3 dimensiones, *Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal*, el grupo control presentó un conocimiento malo mientras que el grupo experimental un conocimiento regular. En cuanto al *conocimiento sobre enfermedades bucales* el grupo control presentó un conocimiento malo, mientras que el grupo experimental presentaron un conocimiento regular y por último en cuanto al

conocimiento sobre desarrollo dental el grupo control presento un conocimiento malo y el grupo experimental un conocimiento regular.

- ✓ En cuanto al recuento bacteriano del streptococcus mutans después del programa educativo el grupo control registro 13.3% de ausencia de la bacteria, mientras que el grupo experimental registro una diferencia significativa con 33.3% de ausencia de la bacteria, las personas que aun registraban al streptococcus mutans se mantenían en el grupo de bajo riesgo <250,000 UFC/ml.
- ✓ El conocimiento en el grupo control no tuvo incrementos significativos ,mientras que en el grupo experimental se mostraron incremento de conocimiento después del programa educativo, los resultados en cuanto al recuento de streptococcus mutans demuestran la importancia del programa educativo ya que estos manifiestan que el 46.7% presentan ausencia de la bacteria.
- ✓ La prueba T de Student demuestra que la intervención del programa educativo es eficaz, mejorando los resultados en cuanto al recuento bacteriano en las madres de bebés de 6- 12 meses del centro de salud de tamburco.
- ✓ Si existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto al grupo control y experimental ($p>0.002$) la media para el grupo control 0.71 y experimental 0.38.

4.3 RECOMENDACIONES:

- ✓ Un odontólogo permanente para que pueda orientar a las madres sobre la salud bucal del bebé - Los internos de odontología deben ser los encargados en programas preventivos y capacitación sobre salud bucal para las madres que acuden a los diferentes centros de salud de la región APURIMAC Y sobre todo en comunidades lejanas.
- ✓ Planificación, organización y ejecución de programas a través de la comisión de salud bucal dirigidos a nivel comunitario, por lo cual debe aunar esfuerzos con las facultades de odontología de las diversas universidades con la finalidad de dar un mayor enfoque a la parte preventiva para que se pueda lograr una correcta concientización sobre salud bucal, a toda la población.
- ✓ Estandarizar un solo patrón en cuanto a la enseñanza de la salud bucal a las madres para mejorar los resultados o para hacer más eficiente el programa.
- ✓ Generar conciencia en las madres sobre prevención en salud bucal de sus menores hijos y también en la comunidad en general, ya que la prevención es un tema importante y valioso en temas de salud, el cual está siendo dejado de lado por el ministerio de salud.
- ✓ Realizar programas educativos que nos ayuden a generar conciencia en las madres sobre la importancia de conocer más sobre salud oral y mantener una adecuada higiene oral, para no transmitir enfermedades bucales a sus hijos.
- ✓ Incrementar el número de participantes tanto en el grupo experimental y control para contrastar los resultados obtenidos en el presente estudio.

CAPÍTULO V

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES		SEMANAS	1			2			3			4			5		
			L	M	S	L	M	S	L	M	S	L	M	S	L	M	S
PRIMERA ETAPA	PRIMERA SESIÓN	BRINDAR INFORMACIÓN DE PROYECTO	⊗	⊗	⊗												
		CONSENTIMIENTO INFORMADO	⊗	⊗	⊗												
	SEGUNDA SESIÓN	TOMA DE MUESTRA			⊗												
		ELABORACION DE PRIMER INFORME MICROBIOLÓGICO						⊗									
SEGUNDA ETAPA	TERCERA SESIÓN	1ra EVALUACIÓN MEDIANTE UN CUESTIONARIO			⊗												
	CUARTA SESIÓN	BOCA SANA CUERPO SANO				⊗											
	QUINTA SESIÓN	CARIES					⊗										
	SEXTA SESIÓN	ESCTRUCTURAS NORMALES DE LA CAVIDAD ORAL						⊗									
	SÉTIMA SESIÓN	CEPILLO(PARTES, TIPOS , TIEMPO DE USO)							⊗								
	OCTAVA SESIÓN	TECNICA DE CEPILLADO								⊗							
	NOVENA SESIÓN	PASTA DE DIENTES									⊗						
	DECIMA SESIÓN	2da EVALUACIÓN MEDIANTE UN CUESTIONARIO									⊗						
TERCERA ETAPA	ONCEAVA SESIÓN	TOMA DE MUESTRA										⊗					
	ELABORACION DE SEGUNDO INFORME MICROBIOLÓGICO													⊗			
	DOCEAVA SESIÓN	MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL											⊗	⊗			
	ELABORACION DE INFORME MICROBIOLOGICO FINAL															⊗	⊗

5.2 PRESUPUESTO

TIPO	CATEGORÍA	RECURSOS	DESCRIPCIÓN	FUENTE FINANCIADORA	MONTO
RECURSOS DISPONIBLES	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE	AREA PARA LAS CAPACITACIONES	C.S.TAMBURCO	
		EQUIPO	LAPTOP	PERSONAL	
RECURSOS NECESARIOS	GASTOS DEL TRABAJO DE CAMPO	VEHICULO	PARA EL TRASLADO AL CENTRO DE SALUD	VEHICULO EXTERNO	S/. 40.00
		FOTOCOPIAS	30 FOTOCOPIAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	IMPRESIÓN	S/. 3.00
			30 FOTOCOPIAS DE LAS ENCUESTAS	IMPRESIÓN	S/. 6.00
			IMAGENES DE ROTAFOLIO	IMPRESIÓN	S/. 30.00
		CULTIVO	30 CULTIVOS	CULTIVOS	S/. 1,200.00
		PASTAS DENTALES	15 PASTAS DENTALES	COMPRA EXTERNA	S/. 47.00
		CEPILLO DENTAL	15 CEPILLOS DENTALES	COMPRA EXTERNA	S/. 30.00
		MAQUETA	2 MAQUETAS DE LA CAVIDAD ORAL	COMPRA EXTERNA	S/. 140.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teanpaisan R, Chaethong W, Piwat S, Thitasomakul S. Vertical transmission of mutans streptococci and lactobacillus in Thai families. *Pediatr Dent*. 2012 Mar-Apr; 34(2). [Citado el 26/06/15]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22583873>
2. Zhou Y, Yang JY, Lo EC, Lin HC. The contribution of life course determinants to early childhood caries: a 2 – year cohort study. *Caries Res*. 2012 Feb; 46(2):87-94. [Citado el 28/06/15] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22343693>
3. Carletto-Körber FP, González-Ittig RE, Jiménez MG, Cornejo LS. Initial Acquisition and genetic identity of *Streptococcus Mutans* of mother – child pairs. *Pediatr Dent*. 2010 May-Jun; 32(3):205-1. [Citado el 28/06/15].
Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557703>
4. **Llodra Calvo Jc**. Equidad revista en línea. Madrid: Fundación del colegio de odontólogos y estomatólogos de Madrid -FCOEM; 2013. p.55-70. 26 de agosto de 2013
5. **Panduro Del Castillo, Myriam Betty**. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia, Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014
6. **Welser Emilio Muñoz-Cabrera* & Manuel Antonio Mattos-Vela** - Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el

- índice de higiene oral de preescolares. Int. J. Odontostomat. vol.9 no.2 Temuco ago. 2015
7. Ministerio de salud. Manual de normas técnico administrativo del subprograma de salud bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, p. 16-33,1996
 8. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez_v_m/cap2.htm
 9. sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2004_n2/pdf/a05.pdf de CG Borda - 2014
 10. **Robinson y Naylor (1963) y ACS y col. (1992)** Una filosofía necesaria en la práctica odontopediátrica. disponible en: www.dental-tribune.com/.../14224_una_filosofa_necesaria_en_la_practica_odontopediatrica
 11. **Palma C.** Embarazo y Salud Oral. Odontol pediátr. (Madrid) 2009; 17(1): 1-3.
 12. **Bastarachea M, Betancourt N, Perez M.** Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. Rev cubana estomatol 2009; 46(4): 1-15
 13. **Reis D, Pitta D, Barbosa H, Pinto de Jesus M, Leonelli de Moraes M, Gonçalves M.** Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(1):269-276
 14. **Navas R, Mejía M, Rojas T.** Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición. Acta odontol. venez 2006; 44 (3): 346-351.
 15. **Rodríguez J, Rodríguez C, Cople L.** Influencia del consumo de azúcar, uso de medicamentos e higiene oral en la prevalencia de caries en bebés. Acta Odontol Venez 2008; 46 (2):165-169

16. **Sousa J, Fracasso M.** Comportamento materno versus temperamento da criança: Influência no padrão de saúde bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa 2010; 10(1):47-54
17. **Aristimuño C.** Educación para la salud. *Reflexiones acta odontol Venez* 2000; 38 (3): 1-2
18. **Guillen C, Huapaya O, Loayza R, Torres G, Chein S, Garibay P, Anticon C, Pum J.** Odontología para el bebè: Modelo de atención Pública. *Odont. Sanmarquina* 2004;8(2):32-40
19. **Bernabé E, Delgado E, Sánchez P.** Resultado de un sistema para la vigilancia de caries de infancia temprana. *Rev Med Herediana* 2006; 17(4):227-233
20. **González F, Sánchez R, Carmona L.** Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla Cartagena. Bogotá. *Rev Salud Pública* 2009; 11(4):620 – 630
21. **Targino A, Soares J, Cunha F, Pereira L, Cavalcanti R.** Conhecimento de gestantes sobre a saúde bucal dos bebês. *Rev. Bras Ci Saúde* 2009; 13(1): 41-47
22. **Reis D, Pitta D, Barbosa H, Pinto de Jesus M, Leonelli de Moraes M, Gonçalves M.** Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1):269-276
23. **Osorno C.** Manual de actividades clínicas de odontopediatria. 1a ed. México Trillas 1990; pp 26-7.
24. **Pérez S, Vallejos A, Gutiérrez P, Casanova J, Casanova A.** Predictive model for dental caries in schoolchildren. *J Dental Res* 2000;79:291-295
25. **An Palestein Helderman WH, Ter Pelkwijk L, Van Dijk JWE.** Caries in fissures of permanent first molars as predictor for caries increment. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1989;17:282-4

26. **Penchas J.** The dilemma of treating severely decayed first permanent molars in children: To restore or to extract. *J Dent Child* 1994;199-205
27. **García A, De La Teja E.** Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. México. *Acta Pediatr mex* 2008; 29(2):69 – 72.
28. **Gutiérrez MP.** Validación de un indicador predictivo del riesgo de aparición de caries en dientes permanentes. *Rev Méd D.F.* 1987;4:183-7
29. **Escribano A, López A, López C, Saenz U.** Caries de biberón. *Rev Clin Med Fam* 2008, 2(4): 1-5
30. **Misrachi C.;** Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral, *Odontología chilena* 42 (2):87-92, 1994.
31. **Alonso M, Karawosky L.** Caries de Infancia Temprana. *Periodontologia y Reproducción Humana* 2009; 23(2):90-97
32. **José Manuel Touriñán López.** Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. *Revista portuguesa de pedagogía.* 2011; 1(1): 1-25
33. **Carrasco-Loyola ML, Villena-Sarmiento RS, Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD.** Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Rev Estomatol Herediana.* 2009; 19(2):83-90
34. **Elias Podesta Mario C.** – Odontología para Bebés – aplicación de flúor – 2016
35. **Marcelo Friedenthal,** Diccionario de odontología 2da Edición – 1996
36. **J. Lindhe TKNL.** Periodontologia Clinica e Implantologica. 5th ed. Editorial Panamericana, 2009

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD ORAL, SOBRE EL RECuento BACTERIANO EN MADRES DE NIÑOS DE 6-12 MESES DE EDAD EN EL C.S. TAMBURCO, APURIMAC, 2018

Bachilleres de Odontología:

La caries dental en la infancia está asociada una infección por S. del grupo mutans en edades tempranas. La edad en que el niño es colonizado es un factor crítico para el riesgo de caries.

a) Procedimientos

1. Se tomarán los datos generales de las madres.
2. Se le harán preguntas acerca de los hábitos que sigue durante el proceso de alimentación del infante (lactante).
3. Se le tomará una muestra mediante un hisopado de carrillos (zona lateral)

b) Riesgos

No existe riesgo alguno debido a que todos los materiales e instrumental que se utilizarán se encontrarán esterilizados bajo las más altas normas de bioseguridad.

c) Beneficios

Ud. como

d) Costos

El presente estudio será financiado por la investigadora y no implica ningún costo para el paciente.

e) Confidencialidad

Los resultados obtenidos sólo serán revelados a los padres de familia.

f) Participación

En este estudio participarán madres de bebés de 6 meses. La madre de familia conocerá cuántos microorganismos que causan la caries dental tiene usted. De esa manera podrá saber cuáles son las medidas de prevención específicas que debe tomar, para evitar la transmisión de la caries dental a su hijo(a). Además conocerá técnicas de higiene bucal y alimentación adecuada para su hijo(a). Meses que aceptan voluntariamente participar en el proyecto de investigación durante el período de 4 semanas.

Fecha: / /

Madre

Investigador

Investigador

ANEXO N°2

CUESTIONARIO PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO - “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD ORAL, SOBRE EL RECuento BACTERIANO EN MADRES DE NIÑOS DE 6-12 MESES DE EDAD EN EL C.S. TAMBURCO, APURIMAC, 2018”

a) INDICACIONES:

Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad.

b) INSTRUCCIONES:

Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal de las madres, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

c) DATOS GENERALES:

EDAD..... (Años cumplidos)

GRADO DE INSTRUCCIÓN: () primaria () secundaria () superior

PROCEDENCIA.....

d) CONOCIMIENTOS:

1. ¿Cuándo debe Ud. empezar a limpiar la boca de su hijo?

- a) Desde el nacimiento.
- b) Cuando le empiezan a salir sus dientes de leche.
- c) Cuando le terminan de salir todos los dientes de leche.
- d) Cuando le empiezan a salir los dientes permanentes.
- e) cuando le empiezan a doler los dientes.

2. ¿En qué momento del día Ud. debería limpiar la boca de su hijo?

- a) Sólo en las mañanas.
- b) Sólo en las noches.
- c) Antes de cada comida.
- d) Después de cada comida.

3. ¿A qué edad debe Ud. empezar a realizar el cepillado de los dientes de su hijo?

- a) A los 2 años de edad aproximadamente.
- b) Al año de edad.
- c) Cuando terminen de salir todos los dientes de leche.
- d) Apenas le aparezca el primer diente de leche.
- e) Cuando el niño quiera.

4. ¿Cuál de estas acciones se recomienda al realizar la higiene bucal de su hijo menor de 3 años?

- a) Echarle bastante pasta dental al cepillo.
- b) Usar enjuagatorios bucales.
- c) Usar el cepillo grande de adulto.
- d) Usar un cepillo pequeño de cerdas suaves.
- e) Usar un cepillo con cerdas gruesa

5. Sabe usted. ¿Qué es el streptococcus mutans y que causa?

- a) es un microorganismo que tenemos en la boca y que causa la caries dental.
- b) es un microorganismo que tenemos en la boca y que afecta al paladar.
- c) es un microorganismo que tenemos en la boca y que afecta a la lengua.
- d) es un microorganismo que tenemos en el cuerpo y que causa enfermedades de la nariz.
- e) es un microorganismo que tenemos en la boca y que causa la inflamación de las encías.

6. Sabe Ud.Cuál es la enfermedad bucal más común en las personas.

- a) La periodontitis.
- b) La caries dental.
- c) La gingivitis.
- D) Mal oclusión.
- e) Cáncer a la boca.

7. ¿Qué acciones predisponen la aparición de caries dental en su niño?

- a) El uso del biberón con líquidos azucarados antes de hacerlo dormir a su hijo.
- b) El consumo de una dieta rica en harinas y azúcares.
- c) Limpieza bucal deficiente.
- d) no consultar con un odontólogo en varios años.
- e) Todas las anteriores.

8. ¿Qué acciones pueden contagiar caries dental a su hijo?

- a) Darle un beso a la boca de su hijo.
- b) Soplar su comida de la cuchara o plato que usa para alimentarlo.
- c) Compartir los cubiertos al alimentar a su hijo.
- d) no realizarle el cepillado dental de rutina.
- e) Todas las anteriores.

9. Sabe usted ¿Cuánto tiempo tiene que durar un cepillado para ser considerarlo bueno?

- a) 2 minutos.
- b) 1 minutos.
- c) 3 minutos.
- d) 2.5 minutos
- e) 5 minutos.

10. Sabe usted ¿Cada cuánto tiempo tiene que cambiar su cepillado?

- a) Cada 3meses.
- b) cuando se deteriore mucho.
- c) 3 minutos.
- d) 2.5 minutos
- e) 5 minutos.

11. ¿A qué edad aproximada empiezan a salir los dientes de su bebe?

- a) Antes o a los 6 meses de edad.
- b) Al año de edad.
- c) A los 2 años de edad.
- d) A los 3 años de edad.
- e) nacen con dientes.

12. ¿sabe Ud. porque su niño o niña tiene todos los dientes de diferentes formas y tamaños?

- a. Porque así son de todos los niños.
- b. porque cumplen diferente función por grupos.
- c. porque son dientes únicos y ninguno es igual a otro en la boca.
- d. porque así se ven lindos u ordenados.
- e. solo b y c.

13. ¿A qué edad terminan de salir en boca todos los dientes de leche de su hijo?

- a) A los 6 meses.
- b) Al año y medio aproximadamente.
- c) A los 3 años aproximadamente.
- d) A los 5 años aproximadamente.
- e) A los 8 años aproximadamente

14. ¿Cuántos dientes de leche en total debe tener su hijo a los 3 años?

- a) 12 dientes.
- b) 16 dientes.
- c) 20 dientes.
- d) 24 dientes.
- e) 32 dientes.

Muchas gracias por su colaboración

AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



Abancay, 07 de Setiembre del 2018

OFICIO N° 0365- 2018-UTEA-EP-EST.

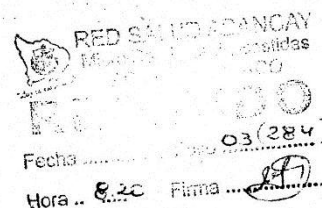
SEÑORA:

Lic. Luzmila CANSAYA FLORES
JEFA MICRORRED MICAELA BASTIDAS

PRESENTE.-

ASUNTO

: SOLICITA FACILIDADES PARA TRABAJO DE CAMPO.



Por intermedio del presente es muy grato de dirigirme a su digna autoridad para saludarle cordialmente y en seguida, hacer de su conocimiento que, las Bachilleres SONIA MARY FALCON CHUMPISUCA- JANETH ZULOAGA PANDO, de la Escuela Profesional de Estomatología - Universidad Tecnológica de los Andes, las bachilleres requieren realizar el trabajo de campo que consiste en la recolección de datos para la realización de su trabajo de investigación, cuyo título del proyecto es "Efectividad del programa educativo en salud oral , sobre el recuento bacteriano en madres de niños de 6-12 meses de edad en el Centro de Salud Tamburco, Apurímac, 2018.

Por las consideraciones expresadas, solicito a su dirección dar las facilidades del caso para el trabajo de campo de los mencionados bachilleres. Adjunto Plan de Trabajo.

Sin otro particular hallo propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi mayor consideración y deferencia personal.

Atentamente,

RED DE SALUD ABANCAY

Lic. Luzmila Cansaya Flores
CEP. 21582
Jefe de la Micro Red Micaela Bastidas

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología
Lic. Lizardo Cayllan Herrero
DIRECTOR

FOTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS





